



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL

FLORIANÓPOLIS

2011

PATRICIA CANAL

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL**

**Dissertação apresentada
como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre
em Psicologia, Programa de
Pós-Graduação em
Psicologia, Curso de
Mestrado, Centro de
Filosofia e Ciências
Humanas.**

**Orientador: Prof. Roberto
Moraes Cruz**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

TERMO DE APROVAÇÃO

PATRICIA CANAL

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
UFSC

Prof. Dr. Jamir João Sarda Jr.
Univali

Prof. Dr. Jadir Camargo Lemos
UFSM

Profa. Dra. Edite Krawulski
UFSC (Suplente)

Florianópolis, 22 de agosto de 2011.

Ao Rodrigo, meu amor, que me ensinou paciência.
Aos meus pais Reinaldo e Ivone, que me ensinaram persistência.

AGRADECIMENTOS

Aprendi, desaprendi e reaprendi. Para realizar esta dissertação foi necessário percorrer um caminho árduo, mas o percurso se suavizou graças a estas pessoas, que estiveram presentes cada uma do seu modo, dentro das suas possibilidades, mas que sem elas este trabalho não estaria concluído.

Ao Rodrigo, meu marido, cujos olhos marejados me deram a notícia da aprovação no mestrado e me fizeram continuar, nos vários momentos em que pensei não ser possível. Sou um pouco de ti, e você um pouco de mim.

Aos meus pais, Reinaldo e Ivone, pelo amor incondicional, e por me tomarem nos braços nos momentos em que me senti insegura e com medo.

Aos meus irmãos, Mauro, Fernando, Thiago e cunhadas Claudete, Daiana e Joana, pelo apoio incondicional e por torcerem por mim. Também torço muito por vocês.

Ao meu sobrinho Vicente, que nasceu junto com o mestrado, e tem iluminado meus dias.

Às amigas e colegas Jucimara Regina D. Becker e Sonia Lúcia Cenci, pelo cuidado e carinho que tiveram comigo; Márcia L. Pit Dalmagro, Karin Bruxel, Liane Keitel e Irme S. Bonamigo, pelo aprendizado, acolhida e por me ajudarem a me tornar mais humana.

À tia Vera Canal, por estar sempre por perto, mesmo estando geograficamente longe.

Aos cunhados José Dalprá Jr. pelo auxílio com os formulários eletrônicos e Raquel Bisol Dalprá pelo companheirismo.

Ao Prof. Roberto Moraes Cruz, pela paciência, conhecimento e por acreditar no meu trabalho, me oportunizando o desafio deste tema.

Aos demais professores do PPGP pelos ensinamentos, em especial às professoras Carmem L. O. O. Moré pelo acolhimento e Daniela R. Schneider por ampliar minha visão de saúde.

Aos colegas do PPGP, principalmente às queridas Taís E. Zavareze e Andrea Pesca, com quem troquei conhecimento e confidências.

À colega de laboratório Izabel Carolina M. Campos, pelas parcerias na SEPEX.

À Psic. Rosa M. Chiaradia, que me ensinou a olhar dentro de mim.

À querida Odete Locatelli pela acolhida no seu apartamento e pelo carinho.

Em especial, aos psicólogos participantes da pesquisa, que doaram seu tempo para a construção deste estudo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo Geral	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. REVISÃO DE LITERATURA	6
3.1. Reabilitação Profissional	7
3.1.1. <i>Reabilitação</i>	7
3.1.2 <i>Incapacidade</i>	9
3.1.3. <i>Marcos Legais</i>	12
3.1.4. <i>Abordagens em Reabilitação Profissional</i>	15
3.2. Aspectos Psicológicos em Reabilitação Profissional	18
3.2.1 <i>Aspectos psicológicos associados à doenças decorrentes do trabalho</i>	19
3.2.2 <i>Aspectos psicológicos associados à condição de afastamento</i>	25
3.3. Processos de Intervenção em Reabilitação Profissional	28
3.3.1. <i>Serviços e Programas de Reabilitação Profissional</i>	28
3.4. Sugestões de Modelos de Reabilitação Profissional	45
4. MÉTODO	51
4.1. Natureza, fontes da pesquisa e delineamento	51
4.2. Caracterização dos Participantes	52
4.3. Procedimentos	53
4.3.1. <i>Procedimentos Teóricos</i>	53
4.3.2. <i>Procedimentos Empíricos</i>	54
4.3.3 <i>Procedimentos Éticos</i>	56
4.4. Tratamento e Análise dos Dados	57
5. RESULTADOS	59
5.1. Perfil Sócio Ocupacional	59
5.2. Conceções e Pressupostos de Trabalho	63

5.3. Características da Intervenção	74
5.4. Participação em Equipe de Reabilitação Profissional	83
5.5. Avaliação da Intervenção	84
6. DISCUSSÃO.....	87
7. CONCLUSÕES.....	99
8. REFERÊNCIAS	103

CANAL, Patricia. Intervenção psicológica em reabilitação profissional. 2011 (133 p.) Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Orientador: Roberto Moraes Cruz

Defesa: 22/08/2011

RESUMO

A R.P. objetiva possibilitar que o sujeito com incapacidade obtenha, conserve um emprego e progrida no mesmo, para que se promova a integração ou a reintegração deste na sociedade. Este estudo objetivou a) caracterizar os processos de intervenção psicológica em R.P.; b) identificar os aspectos psicológicos associados à incapacidade detectados nesta intervenção; c) identificar as diretrizes teórico-metodológicas na intervenção psicológica em R.P., e d) elaborar referências teórico-metodológicas para a intervenção psicológica em R.P.. É um estudo de natureza descritiva e empírica, de abordagem indireta e sistemática, constituído de duas fases: a primeira de domínio teórico que compreendeu o estudo das intervenções psicológicas em programas de reabilitação profissional, das diretrizes teórico- metodológicas descritas na literatura científica, e do marcos legais que norteiam as políticas de R.P. no Brasil e no âmbito internacional. Nessa fase (agosto de 2009 a julho de 2010) foram rastreadas bases de dados nacionais e internacionais a partir dos descritores: reabilitação profissional, transtornos mentais, trabalho, retorno ao trabalho e incapacidade e suas respectivas versões em inglês e espanhol. Foram localizados 70 artigos. A segunda fase é de domínio empírico, caracterizada por pesquisa de campo envolvendo psicólogos (N=16) que atuam em R.P. no país. Na segunda fase foi (agosto de 2010 a fevereiro de 2011) os participantes responderam um formulário eletrônico composto por questionário estruturado que contemplou as categorias: perfil sócio-ocupacional, concepções e pressupostos de trabalho, intervenção com foco no indivíduo, intervenção com foco no ambiente de trabalho, participação em equipe de reabilitação profissional e avaliação dos resultados da intervenção. De modo geral a inserção do psicólogo em R.P. é recente; os psicólogos não têm formação específica na área; realizam intervenções em várias instituições; atuam em equipe multidisciplinar, fazem uso de múltiplos referenciais teóricos; utilizam métodos, técnicas e instrumentos variados na intervenção, e não têm critérios comuns para avaliação do seu trabalho. A R.P. emerge como

uma área complexa, interdisciplinar e interinstitucional demandando a construção de diretrizes teóricas e técnicas para melhorar a eficácia da intervenção.

Palavras chaves: Reabilitação profissional; Intervenção psicológica; Incapacidade laboral.

CANAL, Patricia. Psychological intervention in Vocational Rehabilitation. 2011 (133 p.) Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Orientador: Roberto Moraes Cruz

ABSTRACT

VR programs aim to enable disabled workers and help them keep a job and progress in it and promote social integration or reintegration. This research aimed: a) to characterize the processes of psychological intervention in VR; b) to identify psychological aspects associated with disability found in this intervention, c) to identify the theoretical and methodological guidelines in psychological intervention in VR, d) to develop theoretical and methodological for psychological intervention in VR. It is a descriptive and empirical study, with systematic and indirect approach, consisted of two phases: the first includes theoretical study of psychological interventions in vocational rehabilitation programs, theoretical and methodological guidelines described in the scientific literature and legal frameworks that guide the policies of VR in Brazil and internationally. It took place from August 2009 to July 2010 and it was consisted by national and international databases tracing, with the following descriptors: vocational rehabilitation, mental disorders, work disability and return to work and their versions in English and Spanish. An amount of 70 articles was found. Second phase is characterized by field research involving psychologists (N = 16) who work in VR programs in Brazil. It took place from August 2010 to February 2011. Participants completed an electronic form consisted of a structured questionnaire which included the categories: socio-occupational concepts and assumptions of work, individual focused interventions, work environment focused intervention, team participation in vocational rehabilitation and results of the intervention assessment. In general, the inclusion of the psychologists in VR is recent; psychologists do not have specific training in VR field; perform interventions in various institutions; work in multidisciplinary teams; use multiple theoretical frameworks, methods, techniques and varied tools in intervention; and do not have common criteria to assess intervention results. VR is a complex, interdisciplinary and interinstitutional area. Theoretical guidelines and techniques construction are required.

Key words: Vocational rehabilitation; Psychological intervention;
Work disability.

1. INTRODUÇÃO

O número de trabalhadores considerados incapazes para o trabalho devido aos acidentes ou adoecimento decorrentes do trabalho tem chamado atenção dos pesquisadores. Em 2008, foram registrados 747.663 casos de ocorrências de acidentes ou doenças do trabalho em todo o Brasil (MPE/MPS, 2008). Dessas ocorrências, muitas geram danos que resultam em incapacidade laboral. Esses trabalhadores podem voltar a exercer uma atividade laborativa quando atendidos pelos programas de reabilitação profissional. Conforme preconiza a Organização Internacional do Trabalho (OIT), estes programas têm como objetivo permitir que o sujeito com incapacidade obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo; para que se promova assim a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade. Desse modo, os programas de reabilitação profissional devem se preocupar em adotar estratégias de intervenção que possibilitem ao trabalhador considerado incapaz, o retorno ao trabalho de forma efetiva.

Reabilitar significa transformar, restaurar uma habilidade ou capacidade perdida em decorrência de um evento traumático anterior. A Reabilitação Profissional compreende todas as ações sistemáticas e organizadas para dar apoio ao trabalhador incapacitado e promover sua reintegração no emprego (Watzke & Galvao, 2008).

Ao trabalhar em reabilitação, o profissional faz uso de processos interventivos que visem restituir as capacidades perdidas do indivíduo e reintegrá-lo em todas as áreas de sua vida.

No Brasil, o processo de Reabilitação Profissional é regulamentado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que elabora as diretrizes para o funcionamento da reabilitação profissional, bem como os critérios de elegibilidade dos clientes sujeitos da reabilitação. Estes são

encaminhados à reabilitação profissional quando considerados incapazes total ou parcialmente para o trabalho. A incapacidade do é descrita como uma dificuldade para realizar determinados tipos de funções. Dessa forma, uma pessoa incapacitada é alguém cuja capacidade para atuar em uma ou várias áreas-chave está afetada (Momm & Gelecker, 1998). De modo geral, a incapacidade tem sido abordada nos estudos, com base em dois modelos: o médico e o social (Brown, 2001; Pledger, 2003; Tate & Pledger, 2003). As noções que levam a idéia de incapacidade como um desvio da norma ou um déficit individual, se enquadram no chamado velho modelo ou modelo médico e sugerem que a incapacidade é um problema do indivíduo. Já o modelo social ou novo modelo, remete à idéia de incapacidade como um produto da relação entre fatores individuais e características do ambiente. O entendimento da incapacidade é importante para os estudos em reabilitação profissional já que a concepção desta direciona as estratégias e o modo de intervir no processo.

Recentemente o modo de fazer reabilitação profissional tem sido objeto de discussão entre pesquisadores e profissionais da área, que questionam a efetividade dos serviços, e se estes realmente atingem a finalidade de reintegrar o trabalhador a sociedade. (Takahashi & Canesqui, 2003) Entre as críticas estão “a omissão do INSS nas atividades de promoção à saúde e de prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais (...), as dificuldades de caracterização das doenças profissionais (...), conflitos ocasionados pela diferenças entre as lógicas das instituições que têm interface com a questão dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais (...) e a baixa capitalização da experiência da reabilitação profissional (...) (Takahashi & Iguti, 2008, p. 2666)”.

A própria noção de reabilitação tem sido criticada (Venturini, Galassi, Roda & Sergio, 2003) em proposição a uma nova noção: a de

habilitação. Por conta dessas considerações e da constatação da não realização dos objetivos propostos, o modelo de reabilitação profissional do INSS tem passado por reestruturações buscando atingir a finalidade de recolocar o trabalhador no mercado de trabalho, reintegrando-o à sociedade. Está em vigência desde o início da década, o modelo intitulado *Reabilita* que reestrutura a Reabilitação Profissional e entre outras modificações amplia as funções do da reabilitação profissional¹.

Este estudo tem como foco a compreensão do processo de intervenção psicológica em reabilitação profissional de trabalhadores portadores de algum tipo de dano psicológico ou sofrimento psíquico. Entre os trabalhadores afastados do emprego por incapacidade, os transtornos mentais e do comportamento (TMCs) estão geralmente entre os diagnósticos mais frequentes (MPS, 2008). Além disso, outros diagnósticos frequentes como as LER/DORT, geralmente apresentam quadros de TMC associados. O sofrimento do trabalhador decorre também da própria situação de afastamento e da condição de incapacidade que decorre em alguns sentimentos como sensação de falha, percepção de inferioridade em relação aos pares, medo de rejeição e exclusão, sentimento de inutilidade, acusação de simulação, sentimento de discriminação e culpabilização (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008). Dessa forma é importante que se estude o modo de fazer reabilitação nestes trabalhadores, já que a produção científica nesta área ainda não tem sido suficiente para construir referenciais para a atuação do psicólogo neste espaço.

¹ 1. avaliação e definição da capacidade laborativa; 2. orientação e acompanhamento do programa profissional; 3. articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho; 4. acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

Intervir por meio de reabilitação profissional significa buscar a recuperação e recolocação do trabalhador ao mercado de trabalho, provendo meios para que volte a ser considerado capaz. Para Ancona-López (2002), intervenção significa interferência, assistência, apoio, a ação de quem tem algum preparo em determinada área e põe seus conhecimentos à disposição de quem deles necessita. Este estudo entende a intervenção como uma interferência na realidade do trabalhador incapacitado, compreendendo estratégias de avaliação da incapacidade, tratamento, modificações no ambiente de trabalho e acompanhamento e avaliação das ações após a recolocação no mercado de trabalho.

A reabilitação profissional vem se constituindo como um campo recente de atuação do psicólogo e a literatura aponta a falta de um modelo de intervenção consolidado nessa área. Dessa forma, se faz necessária a construção de referências para fundamentar a prática e subsidiar a formação dos profissionais. A partir desta discussão surge a questão objeto desta pesquisa: **Quais as características dos processos de intervenção psicológica em reabilitação profissional?**

Este estudo insere-se na área Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico do Programa de Pós Graduação em Psicologia e na Linha Medida e Avaliação de Fenômenos Psicológicos já que se preocupa em caracterizar e avaliar os processos de intervenção psicológica em reabilitação profissional a fim de contribuir com a construção de diretrizes para atuação dos profissionais desta área auxiliando-os na integração efetiva de indivíduos considerados incapacitados para o trabalho frente à sociedade, objetivo final da reabilitação.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- a) Caracterizar o processo de intervenção psicológica em Reabilitação Profissional.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar as diretrizes teórico-metodológicas na intervenção psicológica em Reabilitação Profissional.
- b) Identificar os aspectos psicológicos associados à incapacidade detectados nesta intervenção.
- c) Elaborar referências teórico-metodológicas para a intervenção psicológica em Reabilitação Profissional.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O trabalho tem um papel fundamental na vida do homem, por ser fonte de seu sustento, é dimensão importante na construção de sua identidade como membro e parte da sociedade. Segundo Carneiro Filho e Souza (1995), o trabalho é um importante fator agregador da sociedade e é através dele e nele que o ser humano se completa e se inter-relaciona. Além disso, ele permite que o homem se sinta útil, produtivo e valorizado, contribuindo para a manutenção da auto-estima elevada e auto-realização. Porém, quando realizado sob condições inadequadas o trabalho pode ser um fator nocivo para a saúde física e mental, provocando doenças, incapacidade e a morte (Nunes, 2005).

Diversos estudos descrevem a alta prevalência de doenças ocupacionais em trabalhadores de diferentes setores da produção e serviços (Campos e Cruz, 2007; Bartilotti, Andrade, Varandas et al., 2009; Sardá, Ruiz e Kirstching, 2009). Conseqüentemente, aumenta o número de trabalhadores que se encontram afastados do mercado de trabalho devido a algum tipo de adoecimento e que necessitam de programas de reinserção nos postos de trabalho, dada a importância do exercício de uma atividade laboral para a reinserção social.

A intervenção em reabilitação profissional surge então como dispositivo importante para promover a reinserção social dos trabalhadores adoecidos.

Neste capítulo são abordados o conceito de reabilitação profissional, bem como descritos os aspectos psicológicos envolvidos no processo de reabilitação profissional e programas aplicados no Brasil e no âmbito internacional.

3.1. Reabilitação Profissional

Para se entender o campo da Reabilitação Profissional, é necessária a compreensão de alguns conceitos que embasam o processo, como reabilitação, incapacidade e funcionalidade. Este capítulo apresenta estes conceitos, além do desenvolvimento das políticas de reabilitação profissional no Brasil e no âmbito internacional.

3.1.1. Reabilitação

Tradicionalmente, o conceito de reabilitação tem sido apresentado pelos autores da área, como um processo de restaurar uma capacidade perdida ou reduzida. Em consonância à origem etimológica do termo, Reagles, Wright e Butler (1971) atribuem ao processo de reabilitação o significado de restauração, ou seja, adquirir ou readquirir algo que foi perdido, objetivando a mudança ou melhora do indivíduo nos aspectos físico, mental, social e cultural. Partindo da mesma noção, Burt (2005) define reabilitação como o retorno à habilidade, ou seja, volta às habilidades física, mental, social, vocacional e econômica da maneira mais completa possível para o indivíduo.

Matsuo (2002) refere que a reabilitação tem sido tradicionalmente estudada a partir de uma abordagem médica. Em consequência disso, a atenção tem sido realizada com foco nos aspectos clínicos do tratamento médico e da recuperação da capacidade física do indivíduo a ser reabilitado. Este fato é confirmado pela quantidade significativa de profissionais da área médica participantes das conferências e publicações na área. A autora considera importante que se vá além desta perspectiva, buscando uma compreensão dos mecanismos existentes no processo de reabilitação.

Atualmente, o próprio conceito de reabilitação tem sido questionado. Venturini, Galassi, Roda e Sergio (2003) criticam a noção de reabilitação como corrigir, renormatizar, retornar a uma condição inicial de saúde. Propõe a noção de habilitação, remetendo ao começo de um novo processo, voltando-se à parte saudável e não àquela doente do sujeito.

Lollar (2008) cita a definição proposta pelo Dicionário Médico de Stedman, que caracteriza a reabilitação como restauração -seguinte a uma doença, enfermidade ou trauma- de uma habilidade para a funcionalidade de modo normal ou próximo ao normal. O autor chama atenção para a noção de reabilitação como um processo focado no indivíduo, implícita neste conceito; e propõe que se estude a área de forma mais ampliada a partir das noções de *incapacidade e saúde* preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu sistema de classificação de incapacidades (OMS, 2004).

3.1.2 Incapacidade

A incapacidade está estreitamente relacionada à área de reabilitação, e é entendida como uma dificuldade para realizar determinados tipos de funções. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004) aponta dois modelos de entendimento da incapacidade e baseia-se na integração destes dois paradigmas. O *modelo médico*, que considera a doença como um problema da pessoa, tendo causa direta a doença, trauma ou problema de saúde, e requer intervenção individual na forma de tratamento de saúde e o *modelo social*, que considera a incapacidade um problema social, e uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. Vista desse modo, a incapacidade deixa de ser atributo de um indivíduo, tornando-se um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. A responsabilidade de fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social é entendida como coletiva e da sociedade.

Momm e Geiecker (1998) discutem o conceito de incapacidade, e apontam para a dificuldade de se chegar a um acordo no entendimento do termo. Segundo os autores, a palavra incapacidade em diferentes línguas, remete a idéia de menor valor, menor capacidade, desvio, privação, limitação, que implicam no entendimento do termo como um problema exclusivo do indivíduo. No entanto, em consonância com o modelo social de incapacidade, os autores afirmam que o efeito da suposta disfunção tem relação com o ambiente, o que torna a incapacidade um conceito social e não exclusivamente um atributo do indivíduo.

O modelo social de incapacidade também é proposto por Pledger (2003), como uma alternativa ao modelo médico. O chamado novo modelo

de incapacidade, tem foco na funcionalidade dentro de um contexto sócio-ecológico, e reforça a idéia de que os fatores externos contribuem para a experiência de incapacidade, sendo esta produto da interação de características individuais e características do ambiente social.

Os modelos de incapacidade norteiam as políticas voltadas para a área e são fundamentais para a definição dos critérios de elegibilidade dos sujeitos da reabilitação, disponibilidade dos serviços e acesso aos recursos. Os dois modelos teóricos que direcionam as pesquisas em incapacidade são representados por Brown (2001), na tabela 1:

Tabela 1. Comparativo entre os modelos teóricos de incapacidade

CARACTERÍSTICA	ANTIGO MODELO (MÉDICO)	NOVO MODELO (SOCIAL)
Definição de Incapacidade	O indivíduo é limitado pela sua condição de deficiência	Uma deficiência do indivíduo requer uma adaptação para que exerça as funções necessárias às atividades rotineiras
Estratégia para enfrentar a incapacidade	Corrigir o indivíduo, corrigir o déficit.	Remover barreiras, criar formas de acessibilidade através da adaptação e de projetos (design) universais, promover o bem estar e saúde.
Método para tratar a deficiência	Prestação de cuidados médicos, psicológicos, em centros de reabilitação profissional	Prestação de suporte (por exemplo, tecnologia, assistência pessoal)
Fonte de intervenção	Profissionais, médicos e outros profissionais de reabilitação	Prestadores de serviço especializados em condições de igualdade, serviços de

	informação ao cliente	
Direitos	Elegibilidade para benefícios com base na gravidade da deficiência	Elegibilidade para benefícios vista como um direito civil
Papel dos indivíduos com deficiência	Objeto de intervenção, o paciente, beneficiário, sujeito de pesquisa	Cliente, participante da pesquisa, responsável pela tomada de decisão
Domínio da incapacidade	Um problema médico envolvendo acessibilidade, adaptação e igualdade.	Uma questão socioambiental

Nota. De Brown, S. C. (2001). Methodological paradigms that shape disability research. In: Albrecht, G. L, Seelman, D. & Bury, M. *Handbook of Disability Studies*, Sage Publications, USA.

O estudo da incapacidade é importante na área de Reabilitação Profissional já que os clientes considerados incapazes parcialmente são os sujeitos do processo de reabilitação. Cabe ressaltar que este estudo trata da *incapacidade laboral*, definida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como “a impossibilidade do desempenho de funções específicas (ou ocupação) em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente.

É importante ainda distinguir a incapacidade para o trabalho dos conceitos de disfunção ou deficiência. Segundo o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde (2001), a doença ou acidente do trabalho poderá ter produzido ou estar produzindo *deficiência* ou *disfunção*, que podem vir a interferir nas atividades de uma vida diária normal, gerando assim, a incapacidade. Desse modo, a incapacidade laboral é consequência de uma disfunção ou deficiência produzida por doença ou

acidente do trabalho, que por sua vez podem resultar das condições de trabalho.

Dentre os objetivos da reabilitação profissional está a recolocação no mercado de trabalho de trabalhadores parcialmente incapacitados para o exercício laboral, devido a um acidente de trabalho ou doença ocupacional. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) na Convenção no. 159 preconiza como finalidade da reabilitação profissional “permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova, assim a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade” (ILO, 1983).

No Brasil, as diretrizes para a reabilitação profissional são estabelecidas no âmbito da Previdência Social. O Decreto 3.048/99 a define como “a assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários incapacitados, parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadores de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem” (BRASIL, 1999). As ações em reabilitação profissional acontecem por meio de: avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento da programação profissional, articulação com a comunidade e acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

3.1.3. Marcos Legais

A lei no 8213 de 24 de julho de 1991, estabelece em seu artigo 89: “a habilitação ou reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas

portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive” (BRASIL, 1991). Nesse caso as ações que compreendem a reabilitação profissional se dão apenas pelo fornecimento, substituição e reparação de aparelhos de prótese, órteses e instrumentos de auxílio para locomoção, e o transporte do acidentado do trabalho.

Historicamente, a reabilitação para o trabalho teve origem nos cuidados aos soldados da Primeira Guerra, com a necessidade de aproveitar os soldados convalescentes ou em tratamento em tarefas leves, com a finalidade de não deixá-los ociosos (Matsuo, 2002). Outros acontecimentos que marcaram o desenvolvimento da reabilitação profissional, foi a necessidade de se reincorporar uma parte da mão-de-obra acidentada ou inválida à força de trabalho ativa na Europa, em decorrência da mortalidade conseqüente da Segunda Guerra. Nos Estados Unidos, os serviços de reabilitação profissional tinham como cliente, inicialmente os veteranos da Primeira Guerra, em seguida os acidentados da indústria, e uma década depois, passou a ser destinada para a população civil (Soares, 1991).

No Brasil, a área esteve sempre ligada à idéia de previdência e seguridade social e inicialmente era realizada pelos antigos INAMPS e INPS. Foram criados os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) que atendiam casos de maior complexidade, e unidade menores com uma ou duas equipes, chamados os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) (Takahashi & Iguti, 2008). Com a mudança nos sistemas de saúde, previdência e assistência social e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) passou a ser responsável pela reabilitação profissional (Cherem, Ruiz, Filho, Tramontin & Lino, 2009). Nesse período, o modo de se atuar em reabilitação profissional era baseado em intervenções clínicas individualizadas. Esse

modelo, posteriormente foi alvo de críticas, quanto à eficácia de suas ações, efetividade de resultados e legitimidade de seus objetivos, o que levou, à desativação dos CRPs e NRPs (Takahashi e Canesqui, 2003).

O modelo de reabilitação profissional vigente hoje no INSS é denominado *Reabilita*, e trata-se de uma tentativa de revitalização da reabilitação profissional. “A principal característica do projeto é a retomada do processo de reabilitação num contexto macro, de política de saúde do trabalhador, aliado ao Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Educação” (Canalonga, 2009). Cherem et al (2009), acrescentam que este modelo:

“buscou a centralização da reabilitação profissional, com conseqüente ampliação de todas as gerências executivas do INSS no Brasil, e permitindo a ampliação o alcance das ações através de parcerias e diversificação do atendimento, procurando envolver a comunidade no processo de reintegração do reabilitado” (p.94).

A realização do processo de reabilitação profissional não se restringe apenas às Agências da Previdência Social no âmbito do INSS. Atualmente, os estudos descrevem serviços de reabilitação profissional constituídos em hospitais (Ramos, 2005), universidades (Sampaio, Silveira, Viana, Oliveira e Frade, 2005), instituições públicas e organizações privadas (Cherem et al., 2009).

A necessidade de construção de programas de reabilitação profissional além das Agências de Previdência Social (APS), surge da

atuação de órgãos como Ministério Público do Trabalho em parceria com sindicatos e demais entidades voltadas para a área do trabalho, que tem atuado de forma conjunta no sentido de conscientizar as organizações de trabalho para a necessidade de ações voltadas para a reabilitação de trabalhadores incapacitados em decorrência de acidentes ou doenças ocorridos por conta do exercício de atividade laboral nestas organizações.

3.1.4. Abordagens em Reabilitação Profissional

Atualmente, entre os desafios que enfrentam os profissionais e demais agentes envolvidos com intervenções em reabilitação profissional, está a contradição entre a necessidade de colocação de pessoas com incapacidade e as demandas das organizações empregadoras. De um lado, há a necessidade de se integrar ou reintegrar essas pessoas ao mercado de trabalho, de outro, há um grande contingente de pessoas consideradas capazes e saudáveis que o mercado não consegue dar conta de absorver. O mercado de trabalho requer flexibilidade, capacidade de trabalho e certas qualificações que não conseguem ser alcançadas às vezes nem pela população saudável, e em menor grau ainda pelas pessoas consideradas incapazes, principalmente portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico (Watzke & Galvao, 2008). É necessário então, que se pense em modelos de reabilitação profissional que possam diminuir esta contradição, reduzindo a incapacidade dos sujeitos e atuando sobre as condições ambientais para que as exigências do mercado se aproximem mais das habilidades desses sujeitos.

Simonelli et al. (2010), aponta que para reduzir a incapacidade pode-se intervir de duas maneiras: incrementando a capacidade das pessoas seguindo o modelo biomédico mais frequentemente utilizado ou ajustando a

demanda das tarefas seguindo os pressupostos do modelo social da deficiência e da análise da atividade.

Nas pesquisas encontradas, os pressupostos do modelo biomédico, com ações focadas no indivíduo predominaram, principalmente na literatura científica internacional. Dessa forma, observa-se que apesar da literatura apontar para um novo modelo de incapacidade, o modo de intervir em incapacidade ainda não avançou para um modelo que considere o ambiente de trabalho como participante do processo de incapacidade.

Entre as abordagens utilizadas para nortear as ações em reabilitação profissional, são citadas pelos autores o apoio ao emprego (*supported work*) (Trotter, Minkoff, Harrison & Hoops, 1988; Hanrahan, Heiser, Cooper, Oulvey & Luchins, 2006; Bond, Salyers, Dincin, Drake, Becker, Fraser et al., 2007; Watzke & Galvao, 2008) e os programas centrados na hospitalização, reabilitação psicossocial (Watzke & Galvao, 2008). Cabe ressaltar que aqui foram consideradas abordagens que lidam com sujeitos que estão retornando ao trabalho em afastamento, ou com sujeitos que estão fora do mercado de trabalho e desempregados de longa duração portadores de incapacidades.

a) Emprego apoiado (*supported employment*): trata-se de uma prática de recolocação de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais severos no mercado de trabalho, em conjunto com um apoio intensivo da equipe de saúde mental. (Hanrahan et al, 2006). Respeitando as escolhas e capacidades dos pacientes, estes são colocados em empregos competitivos tão logo entram no programa. É considerada uma abordagem menos tradicional em reabilitação profissional. Os trabalhadores recebem apoio continuado por tempo indefinido para manter sua posição. É considerada a abordagem mais promissora em reabilitação profissional

(Watzke & Galvão, 2008) e citada por vários autores. Foi observado que a participação nos programas de apoio ao emprego é seguida de aumento na habilidade de encontrar e manter um emprego. Ainda é necessário avaliar o emprego em longos períodos de tempo. O emprego apoiado para pessoas com transtornos mentais severos é uma abordagem mais efetiva para auxiliar as pessoas com incapacidades decorrentes do adoecimento mental a encontrar e manter empregos competitivos (Drake, Becker, Clark & Mueser, 1999).

b) Programas centrados na hospitalização: psiquiatras, psicólogos e trabalhadores sociais são responsáveis por identificar as necessidades dos pacientes de atingir a reabilitação profissional o mais cedo possível no curso da doença. O programa inicia com a entrada do paciente no hospital. O diagnóstico da capacidade de trabalho e necessidades individuais funcionam para planejar e subsidiar a reabilitação. Depois de um longo período de desemprego, a terapia no hospital pode inicialmente promover o fortalecimento de algumas habilidades ocupacionais básicas (Watzker & Galvao, 2008).

c) *Sheltered workshops*: oferecem oportunidades para pacientes com as mais severas incapacidades. Fornecem treinamento pré-profissional e em muitos casos a pessoa com incapacidade chega ao final da reabilitação. Os pacientes têm responsabilidades por manter o abrigo, preparar refeições, e trabalhar na administração do lar. Depois de um período de preparação para o trabalho, são alocados locais para recolocação profissional em uma variedade de empregos temporários. Os membros na maioria das vezes são limitados a trabalhos não qualificados e em posições inferiores. (Drebing, Hebert, Mueller, Ormer & Herz, 2006, Watzker & Galvao, 2008);

d) Reabilitação psicossocial: programas que compreendem serviços psiquiátricos bem como psicoterápicos e terapia ocupacional. Em conjunto com o processo de reabilitação, são desenvolvidas metas realísticas com o paciente a respeito do seu futuro social e profissional. Os participantes recebem aulas em tópicos relacionados ao trabalho. Técnicas breves e focadas são aplicadas para ensinar os pacientes a encontrar um emprego no mercado de trabalho, preencher fichas, e como se comportar em entrevistas de emprego. Atividades de lazer complementam o programa. Durante o curso da reabilitação, as demandas são aumentadas passo-a-passo, complementadas por cursos de alívio do estresse e relaxamento. Tratamento medicamentoso e psicoterapêutico e suporte social são elementos que se integram ao programa (Watzker & Galvao, 2008).

3.2. Aspectos Psicológicos em Reabilitação Profissional

A intervenção em Reabilitação Profissional tem por finalidade o uso de métodos e técnicas que favoreçam o retorno do trabalhador afastado ao mercado de trabalho, restabelecendo sua capacidade laboral.

Como este estudo trata da intervenção psicológica, torna-se importante levantar os aspectos psicológicos envolvidos no processo de afastamento e reintegração ao trabalho.

A produção científica sobre aspectos psicológicos e reabilitação é recente, e observa-se a necessidade de construção de pesquisas que embasem a intervenção, pois os estudos apontam a participação desses aspectos na incapacidade laboral, tanto no adoecimento que gera incapacidade, quanto nos fatores que decorrem da condição de afastamento do trabalho.

Dessa forma, este capítulo aborda estes aspectos em duas categorias: aspectos psicológicos associados à doenças decorrentes do trabalho e aspectos psicológicos associados à condição de afastamento do trabalho. Na primeira parte serão abordados estudos referentes à aspectos psicológicos que participam do adoecimento de trabalhadores com diagnósticos específicos em saúde mental (transtornos mentais e comportamentais - TMCs - grupo F da CID-10- relacionados ao trabalho) e de trabalhadores com questões de saúde mental associadas a outros quadros de adoecimento como as LER/DORTs.

3.2.1 Aspectos psicológicos associados à doenças decorrentes do trabalho

Estudos indicam uma variedade de danos psicológicos decorrentes do trabalho ou da própria situação de incapacidade. Entre estes, os transtornos mentais e do comportamento (Grupo F da Classificação Internacional de Doenças – CID) têm sido estudados pelos autores interessados no tema saúde e trabalho. O nexó entre adoecimento por questões de saúde mental e o trabalho foi reconhecido a partir da Portaria do Ministério da Saúde, No. 1.339/GM. de 18 de novembro de 1999, que lista as doenças relacionadas ao trabalho. A partir disso, questões como o estabelecimento do nexó entre o adoecimento por TMC²s e o trabalho, incapacidade e TMCs, afastamento do trabalho por TMCs entre outros, têm sido a preocupação de pesquisadores aumentando a produção científica sobre o assunto. No entanto, a produção sobre reabilitação destes

² Optou-se por trabalhar com o termo Transtornos Mentais e do Comportamento (TMCs) derivado do Código Internacional de Doenças (CID) por se tratar da nomenclatura tradicionalmente utilizada pela área previdenciária no reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho.

trabalhadores após o reconhecimento do adoecimento mental decorrente do trabalho, ainda não tem se destacado. O número de trabalhadores com diagnóstico de TMCs decorrentes do trabalho demonstra a necessidade de se produzir referenciais para a atuação dos profissionais após o diagnóstico e reconhecimento da incapacidade laboral. Dados da previdência (MPS, 2008), apresentam um total crescente de casos de acidentes de trabalho por TMCs, principalmente entre os anos de 2006 e 2007, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2: Total de acidentes de trabalho por CID (Grupo F - transtornos mentais e do comportamento) nos anos de 2006, 2007 e 2008.

CID	2006	2007	2008	Total
F-43 (Reações ao stress grave e Transtorno de Adaptação)	3.037	5.278	0	8.315
F-41 (Outros Transtornos Ansiosos)	558	864	0	1.422
F-31 (Transtorno Afetivo Bipolar)	0	0	413	413
F-32 (Epsiódios Depressivos)	389	3.601	5.208	9.198
F-33 (Transtorno Depressivo Recorrente)	0	0	981	981
F-10 (Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool)	0	220	379	599
Total	3.984	9.963	7.394	21.314

Nota. De Ministério do Trabalho e Emprego et al. (2008). *Anuário Estatístico dos Acidentes do Trabalho: AEAT 1*. Brasília. MTE/MPS.

Os dados da tabela 2 podem não representar fielmente a realidade de trabalhadores acometidos de adoecimento em saúde mental, já que existem dificuldades no reconhecimento da relação adoecimento e trabalho, o que pode gerar subnotificação de casos.

Estudos sobre TMCs demonstram que estes podem ser geradores de incapacidade laboral (Elinson, Houck, Marcus e Pincus, 2004;

Broadhead, Blazer, George e Tse, 1990; Viguera, 2002; Siano, Ribeiro, Santiago e Ribeiro, 2008; Browsers, Terluin, Tiemens e Verhaak, 2009), sendo necessário que se conheça os aspectos psicológicos participantes da incapacidade para que a intervenção em reabilitação profissional tenha sua eficácia potencializada.

Os TMCs têm sido destacados entre os principais motivadores de afastamento do trabalho por adoecimento. Em estudo com servidores públicos no estado de Santa Catarina, Campos e Cruz (2007) observaram que o adoecimento psicológico foi a primeira causa de afastamentos do trabalho entre os anos de 2001 a 2005, seguidos pelas doenças do sistema osteomolecular e do tecido conjuntivo (grupo M da CID) e as doenças do aparelho circulatório (grupo I da CID). Os autores chamam a atenção para a dificuldade de reabilitação destes pacientes, e que em alguns casos o agravamento da doença, principalmente a depressão pode levar à aposentadoria por invalidez, o que gera conseqüências para o trabalhador que tem seu potencial laborativo reduzido e para o sistema previdenciário, que eleva os custos com pagamento de benefícios.

Dados similares são encontrados em outros estudos realizados no Brasil. Siano, Ribeiro, Santiago e Ribeiro (2008) investigaram as perícias médicas do INSS em Juiz de Fora e observaram que os transtornos mentais foram a terceira razão de incapacidade presumida no período de julho de 2004 a dezembro de 2006. Outro estudo realizado no INSS de Porto Alegre aponta os TMCs como diagnósticos mais freqüentes entre os trabalhadores que receberam benefício no ano de 1998, juntamente com as doenças osteomoleculares e as doenças cardiovasculares (Boff et al., 2002).

Sardá, Ruiz e Kirtsching (2009), apontaram a elevada prevalência de transtornos mentais em jovens trabalhadores de indústrias frigoríficas. Um relato de experiência de um programa de reabilitação profissional

realizado em uma universidade pública de Minas Gerais Sampaio et al (2006) aponta os TMCs como o quarto grupo de diagnósticos mais freqüentes entre os usuários do serviço.

O sofrimento psíquico e o conseqüente afastamento de trabalhadores, não é uma realidade que se restringe ao Brasil. Estudos em outros países demonstram que um número relevante de pessoas abandonam seus empregos por problemas de saúde mental. Junto com os problemas musculoesqueléticos, o adoecimento psicológico é responsável por uma significativa parte dos afastamentos por causas médicas (Houtmann e Kompler, 1998) Considerando-se a extensão do problema, Browers et al. (2009) sinalizam que poucos estudos internacionais focam o absenteísmo devido aos problemas de saúde mental diferente do que acontece com as incapacidades geradas pelos problemas físicos.

Na Holanda, aproximadamente um terço das pessoas que recebem benefícios por incapacidade o fazem devido a problemas de saúde mental, a maior parte por diagnóstico de transtornos menores incluindo o estresse. Quanto mais longos os períodos de afastamento, menor a probabilidade de retorno ao trabalho, o que resulta em uma população com uma situação financeira enfraquecida, com isolamento social e excluída do mercado de trabalho (Browers et al, 2009).

Roelen, Koopmans, Anema e Beek (2010), estudaram o afastamento do trabalho em uma empresa pública da Alemanha no período de 2001 a 2007. A pesquisa relata que os transtornos mentais são a segunda causa de afastamento, atrás somente dos distúrbios musculoesqueléticos. Esses dois grupos de diagnóstico foram responsáveis por 58% dos afastamentos por adoecimento, representando um alto encargo econômico e social, já que esses diagnósticos foram mais comuns em trabalhadores pouco qualificados e com pouco tempo de emprego.

A falta de qualificação e a pouca experiência na atividade dificultam a reinserção laboral. O afastamento precoce do trabalho traz consequências tanto para o trabalhador, que se vê precocemente com dificuldades para o retorno ao mercado de trabalho e para o Seguro Social, que tem um contingente cada vez maior de concessão de benefícios.

Nos Estado Unidos, Brodhead et al. (1990), estudaram a relação entre a depressão e os sintomas depressivos com a incapacidade e o absenteísmo no trabalho. Observaram que indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo têm maiores riscos de desenvolver incapacidade laboral. Outro estudo americano relaciona a depressão e a capacidade para o trabalho, e enfatiza que o comprometimento social, cognitivo e físico produzido pelo adoecimento, gera perdas financeiras para o país, e resulta em acidentes de trabalho, incapacidade, dias de trabalho perdidos e produtividade reduzida (Elinson et al, 2004).

Se os TMCs são apontados pelos estudos entre os diagnósticos mais comuns, cabe lembrar que em grande parte estes não são notificados ou não aparecem como diagnóstico principal podendo estar associados a outros tipos de adoecimento, como as doenças osteomoleculares, que podem gerar adoecimento psicológico, principalmente depressão (Sardá Jr, Kupek, Cruz, Bartilotti e Cherem, 2009).

A incidência de TMCs que não constam nos dados por não serem reconhecidos como causa principal do afastamento laboral, pode ser maior do que apresentam os documentos oficiais. Trabalhadores acometidos de LER e DORTs geralmente apresentam sofrimento psicológico importante (Sato, Lacaz e Bernardo, 2006). Dessa forma é importante prestar atenção nestes diagnósticos, pois em grande parte dos casos o trabalho de reabilitação em trabalhadores acometidos destes distúrbios, requer intervenção psicológica devido aos aspectos psicológicos relacionados.

Corbière, Sullivan, Stanish e Adams (2007) apontam uma forte correlação entre a severidade da dor e a severidade da depressão e citam estudos que identificam relações entre dor crônica e psicopatologias. Os autores pesquisaram a relação entre dor e depressão em trabalhadores afastados do trabalho por dor crônica participantes de um programa de prevenção à incapacidade, e demonstraram que a dor crônica e a depressão estão associadas significativamente. A depressão e a dor afetiva foram variáveis significativas como preditores de retorno ao trabalho. Chamam a atenção ainda, para a importância de se considerar outros aspectos psicológicos, na avaliação da eficácia da reabilitação de trabalhadores acidentados, como as variáveis distorção cognitiva, auto-controle da depressão, senso de coerência, pensamentos negativos, auto-eficácia, funcionamento intelectual, evitação do medo e pensamentos catastróficos. Recomendam a intervenção psicossocial específica com foco nos aspectos psicológicos do paciente com dor crônica com depressão moderada ou severa para auxiliar o paciente a melhorar sua qualidade de vida e aumentar a probabilidade de retorno ao trabalho.

Os aspectos psicológicos têm um impacto significativo na atividade funcional de pessoas com dor crônica. Segundo Geisser, Robinson, Miller & Bade (2003) afirmam, os fatores psicológicos contribuem ou são decorrentes da experiência da dor. Entre estes fatores estão a ansiedade e o medo relacionado à dor, os sentimentos catastróficos, e variáveis cognitivas como crenças, pensamentos, valores, auto-eficácia e estratégias de enfrentamento. Apontam que o Transtorno Depressivo Maior é observado em 30 a 54% das pessoas com dor crônica. Fatores relacionados à organização como a insatisfação com o trabalho e o estresse laboral também aparecem como risco para o desenvolvimento de incapacidade.

Outros aspectos psicológicos presentes no contexto da reabilitação, comuns quando se ocorre a perda de capacidades físicas em decorrência de acidentes, são considerados importantes. Galhordas & Lima (2004), afirmam que quando ocorre uma lesão corporal, estas geralmente vêm acompanhadas de alterações da imagem corporal às quais estão relacionadas sentimentos de desvalorização da imagem estética e tristeza. São comuns manifestações como ansiedade, tristeza, raiva, sentimentos de frustração, agitação, auto-acusação, desespero e situações de negação de perda da incapacidade. Podem surgir ainda sentimentos de culpabilidade, agressividade e depressão. É importante ao avaliar os aspectos psicológicos, distinguir a patologia depressiva dos sentimentos que são comuns ao indivíduo que lida com uma perda corporal (processo de luto).

Dessa forma, é essencial que a intervenção tenha como objetivo auxiliar o indivíduo na tomada de consciência da lesão ou doença, recuperar o investimento em si próprio, construindo um projeto de vida coerente com a realidade de suas capacidades após o adoecimento. Para tanto, os profissionais de reabilitação devem atuar não somente sobre um corpo atingido, mas sobre os aspectos psicológicos desse indivíduo, já que são indissociáveis.

3.2.2 Aspectos psicológicos associados à condição de afastamento

A condição de afastamento do trabalho é apontada na literatura como um importante gerador de sofrimento psicológico que pode agravar a condição de incapacidade. O sofrimento psicológico associado à condição de estar afastado e incapacitado parcialmente para o trabalho foi observado por pesquisadores (Matsuo, 2002; Takahashi & Canesqui, 2003; Hoefel, Jacques, Amazarray, Mendes & Netz, 2006; Rosin-Pinola, Silva &

Garbulho, 2004; Sato, Lacaz & Bernardo, 2006; Ramos, Tittoni & Nardi, 2008; Sardá Jr, Kupek, & Cruz, 2009).

A situação de afastamento do trabalho pode trazer sofrimento e desestabilizar os trabalhadores, pois o trabalho é entendido como um fator central na vida do indivíduo, e no estabelecimento dos modos de viver (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008).

Em pesquisa avaliativa sobre um programa de reabilitação profissional na cidade de Campinas, Takahashi e Canesqui (2003) chamam atenção para o fato de trabalhadores muito jovens encontrarem-se em situação de afastamento do trabalho. Segundo a autora, a ruptura nos projetos de vida representam uma perda muito significativa da identidade pessoal e profissional, tornando necessário que a intervenção o auxilie a buscar novos referenciais para que se reconheça e construa um novo projeto de futuro.

O sofrimento psicológico decorre das situações com que o trabalhador considerado incapaz lida após o afastamento: a perda do emprego, a não recolocação no mercado de trabalho, a recolocação em atividades com menor prestígio social, a quebra do cotidiano e as mudanças nas relações familiares que interferem na construção da identidade profissional dos acidentados (Rosin-Pinola, Silva & Garbulho, 2004). Além disso, estes ainda se deparam com situações de estigma (Matsuo, 2002) e discriminação no trabalho, na família e nos serviços de saúde (Hoefel et al., 2006).

As consequências psicológicas podem atingir o trabalhador também quando este retorna ao trabalho após a conclusão do processo de reabilitação profissional pela agência do INSS. Para Matsuo (2002), a mudança para uma função menos ou não-qualificada possibilita pouco reconhecimento social e desenvolvimento profissional. Dessa forma, a

perda do status e a impossibilidade de promoção passam a ser aspectos importantes no processo de reabilitação profissional do acidentado. Estes relatam sentimentos de que o serviço destinado pode ser feito por qualquer pessoa. O trabalhador acaba realizando uma atividade percebida como vazia, insignificante, desprezível, afetando diretamente sua auto-estima e identidade.

Ramos, Tittoni & Nardi (2008), em relato sobre a experiência de afastamento de trabalhadores adoecidos em um hospital público de Porto Alegre, referem aspectos psicológicos decorrentes da situação de afastamento independente do diagnóstico estabelecido, como sentimentos de falha, percepção de inferioridade em relação aos pares, medo de rejeição e exclusão, sofrimento gerado pelo afastamento do trabalho, sentimento de inutilidade, acusação de simulação e o sentimento de discriminação.

Dessa forma, a intervenção psicológica se faz necessária em qualquer condição de afastamento por incapacidade, pois o sofrimento psicológico pode estar associado à situação de estar incapacitado para o trabalho realizado anteriormente. Cabe lembrar, que quanto maior o tempo de afastamento, maiores são os níveis de incapacidade e menores as possibilidade de retorno ao trabalho. (Sardá Jr, Kupek & Cruz, 2009). Assim a intervenção psicológica complementar às intervenções físicas em reabilitação profissional, é importante em qualquer situação de incapacidade, para diminuir o tempo de afastamento e aumentar a probabilidade de retorno ao trabalho.

Pacientes com transtornos mentais severos estão propensos a experimentar um declínio funcional devido à doença. O prejuízo da capacidade funcional pode levar a perda do emprego e a desintegração profissional. A exclusão do trabalho promove uma maior deterioração devido ao adoecimento (Watzke e Galvão, 2008).

3.3. Processos de Intervenção em Reabilitação Profissional

As intervenções visando o retorno ao trabalho de trabalhadores com problemas de saúde mental ainda são pouco estudados e pouco se sabe sobre a viabilidade e a eficácia dessas intervenções (Gobelet e Franchignoni, 2006; Oostrom et al., 2009). A R. P. para pessoas com transtornos mentais, principalmente portadores de quadros severos, compreende todos os esforços sistemáticos e organizados com o objetivo de apoiar esses pacientes e integrá-los em atividades ocupacionais, de aprendizagem, e de recolocação no emprego (Watzke & Galvao, 2008).

Este capítulo aborda os modelos de reabilitação profissional apresentados na literatura científica, além de descrições de experiências de programas e intervenções na área no Brasil e no âmbito internacional. Para a discussão deste item considerou-se não somente os relatos que tratam de programas de intervenção com foco nos TMCs mas também foram incluídos experiências com trabalhadores adoecidos por LER/DORT, dada as inúmeras implicações psicológicas deste tipo de diagnóstico. Este item trata ainda das limitações dos programas de R.P., e descreve modelos propostos por autores para a elaboração de programas e das políticas de R.P.

3.3.1. Serviços e Programas de Reabilitação Profissional

3.3.1.1. Programa de Desenvolvimento Pessoal do Centro de Desenvolvimento de Competências de Matosinho

Trata-se de um programa com foco em pacientes esquizofrênicos e pacientes desempregados de longa duração, voltado para a reabilitação psicossocial. Foi realizado por Marques, Queirós & Rocha (2006) no ano de

2005 com o objetivo de desenvolver de forma sistematizada competências de vida nos participantes com base nos princípios de empoderamento (*empowerment*), da auto-determinação e de ruptura com o auto-estigma. Participaram 27 sujeitos de ambos os sexos, com idade entre 20 e 45 anos, baixa escolaridade e em situação de desemprego há mais de um ano.

Utilizou como metodologias a intervenção grupal e a intervenção individual. A intervenção grupal objetivou o desenvolvimento de competências cognitivas e sócio-cognitivas fundamentadas na *Integrated Psychological Therapy* de Brenner e a intervenção individual foi direcionada para o desenvolvimento de competências cognitivas básicas como as funções executivas, memória, atenção e velocidade, utilizando como recurso a Realidade Virtual.

O programa consistiu na realização de duas sessões semanais com duração de 60 minutos, em grupo de 5 a 7 participantes. A intervenção conta com cinco subprogramas, onde as primeiras 5 sessões são voltadas para o desenvolvimento das competências sociais básicas, as sessões intermediárias envolvem a transformação de competências cognitivas em respostas verbais e sociais e as sessões finais são destinadas ao treino de resolução de problemas interpessoais básicos e complexos. Os subprogramas, bem como as técnicas e estratégias utilizadas na intervenção são descritos na tabela 3.

Tabela 3. Subprogramas e técnicas utilizadas na intervenção de grupos de desenvolvimento de competências cognitivas baseados na Integrated Psychological Therapy

SUB-PROGRAMAS	TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS
Diferenciação cognitiva	Exercícios de classificação e categorização Exercícios com conceitos verbais Exercícios com material numérico
Percepção social	Descrição e interpretação de estudos sociais
Comunicação Verbal	Discussão do significado de situações sociais Exercício de repetição verbal Exercício de ensaio verbal Conversação sobre um tópico Conversação livre
Competências Sociais	Instruções e reestruturação cognitivas Modelagem Role-plays Feedback Discussão e trabalho de casa
Resolução de Problemas Inter-pessoais	Identificação e análise de problemática Treino da resolução de problemas Transferência de soluções para situações reais de vida

Nota. De: Marques, A. J., Queirós, C. & Rocha, N. B. (2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 109-116.

A segunda fase do programa é a intervenção individual com recurso à Realidade Virtual. Nesta fase, é utilizado um ambiente virtual denominado *Ambiente Virtual Integrado de Reabilitação Cognitiva (AVIRC)* e um ambiente virtual adaptado. A intervenção segue um

protocolo constituído para abranger as funções executivas: atenção, memória, e velocidade de processamento. e os ambientes se constituem de um hipermercado, o interior de um metropolitano e uma praça, que possibilitam a representação de um contexto real, onde os participantes podem simular o desempenho de situações comuns do dia-a-dia.

Para avaliar a intervenção foi realizada uma avaliação do funcionamento cognitivo dos participantes, composta por uma bateria de instrumentos psicológicos constituídos pelas *Escala Wechsler*, *Teste de Wisconsin*, *Stroop Test*, *Figuras Complexas de Rey*, *Escala Subjetiva para avaliação da cognição em Esquizofrênicos* e *Matrizes Progressivas de Raven*. Os indicadores de avaliação foram o nível de adesão, de satisfação e de percepção subjetiva dos participantes em relação ao seu desempenho cognitivo. Os autores (Marques et al., 2008) indicaram a partir de análise que o programa foi bem sucedido.

3.3.1.2. Grupos de Ação Solidária

Os Grupos de Ação Solidária foram desenvolvidos por Hoefel et al. (2004) na cidade de Porto Alegre, com o objetivo de desenvolver a autorreflexividade e o engajamento dos participantes nas ações do mundo real. Os grupos foram integrados por portadores de LER/DORT oriundos de categorias profissionais diversas, com diferentes patologias incluídas nesta classificação e geralmente em estágio avançado da doença, em maior parte do sexo feminino (80%) e com baixa qualificação profissional. A situação laboral da maioria dos participantes é o afastamento por auxílio-doença por acidente de trabalho ou a aposentadoria por invalidez.

Os Grupos de Ação Solidária visam se constituir em um espaço para o compartilhamento de experiências e para a proposição de ações de engajamento social onde prevalecem as ações coletivas com potencial de transformação social, não se limitando à busca de soluções de problemas individuais.

A metodologia utilizada é a verbalização dos sujeitos e o processo de escuta. Os grupos são abertos a partir de convites dos membros ou de campanhas de divulgação. A operacionalização dos grupos se dá a partir de encontros semanais, com duração de uma hora e trinta minutos e com a participação de 10 a 15 sujeitos. São coordenados por um membro do grupo (coordenador) e um facilitador (técnico médico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou educador físico). Os encontros ocorrem em diversas instituições, como universidade, órgãos sindicais entre outros.

O trabalho é fundamentado no conceito de emergente grupal de Pichón-Riviére. Os temas emergem a partir de uma tarefa solitária entre pares ou do encaminhamento de propostas construídas coletivamente. Após a apresentação de uma situação problema, promove-se uma análise coletiva com base nas experiências dos participantes, buscando conhecimento que possam subsidiar a busca de soluções e propostas de ações de intervenção.

Os resultados da realização dos Grupos de Ações Solidárias são as propostas de ações, como a criação de um Fórum Permanente de Prevenção de LER/DORT e de uma cooperativa integrada por portadores de LER/DORT visando favorecer a reinserção produtiva desses trabalhadores e sua reabilitação profissional.

3.3.1.3. Programa de Reabilitação Ampliado (PRA)

O Programa de Reabilitação Ampliado (PRA) (Bartilotti et al., 2009) foi desenvolvido nos moldes de um programa piloto, nos anos de 2007 e 2008 em uma agroindústria de Santa Catarina, e iniciou a partir de um Termo de Ajustamento de Conduta aplicado em uma agroindústria do Ministério Público do Trabalho. Conforme os autores (Bartilotti et al., 2009) trata-se de uma experiência inédita no Brasil.

Participaram do programa 425 trabalhadores afastados e em auxílio doença, por diagnósticos de LER/DORT e/ou transtornos mentais, em sua maioria com baixa escolaridade, do sexo feminino, jovens e afastados do trabalho há mais de dois anos. O PRA foi baseado em três pilares metodológicos: assistência, requalificação profissional e vigilância e objetivou a reabilitação profissional destes trabalhadores e a redução no número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

O ingresso dos trabalhadores no programa se deu a partir dos diagnósticos emitidos por profissionais da perícia médica do INSS, com uma média de 100 trabalhadores ingressantes a cada dois meses. A equipe de profissionais era composta por terapeuta ocupacional, psicólogo, e fisioterapeuta que discutiam os casos e realizam os encaminhamentos as especialidades necessárias. Após a avaliação inicial, os trabalhadores eram encaminhados para a equipe de serviços composta por 2 psicólogas, 6 fisioterapeutas, 3 terapeutas ocupacionais, 1 acupunturista, 4 massoterapeutas, 1 educador físico e 1 assistente social. Eram oferecidos serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, acupuntura, reeducação postural global, tai chi chuan, massoterapia, danças circulares, grupo informativo, condicionamento físico, hidroginástica, terapias complementares e assistência social.

Os trabalhadores atendidos pelo PRA, após terem sido submetidos a atendimento e/ou requalificação por 90 dias, eram, reavaliados pela equipe multidisciplinar que elaborava um relatório e apresentava ao INSS. Estes eram encaminhados à 2ª perícia, que avaliava os trabalhadores após as intervenções e discutia os casos com a equipe. A cada 15 dias um grupo de trabalhadores iniciava o processo de estágio, com a sugestão da equipe dos postos de trabalho onde estes poderiam se realizar. Os trabalhadores em processo de reinserção freqüentavam um grupo semanal coordenado por psicólogo. Após a realização do período de estágio de inserção, o trabalhador considerado apto para o retorno definitivo, era encaminhado a um orientador profissional do INSS para o recebimento do certificado de reabilitação profissional.

A avaliação da intervenção do PRA se realizou a partir dos seguintes instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão (HADS), da Medida de Independência Funcional (MIF), do Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) e do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde-versão abreviada (WHOQOL). Os autores concluíram que as intervenções se mostraram eficazes para a reabilitação dos trabalhadores. Dos trabalhadores atendidos, 64% retornaram ao trabalho e 7% foram aposentados por incapacidade laboral. O modelo de intervenção proporcionou aos trabalhadores o resgate de sua capacidade funcional, a promoção da autonomia e capacidade de autocuidado. A realização de perícia baseada em evidência e de forma multidimensional foi avaliada como efetiva tanto pela equipe do programa quanto pela perícia médica do INSS.

3.3.1.4. Programa de Retorno ao Trabalho (PRT) do Cesat/Bahia

O programa de reabilitação do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador foi descrito por Lima, Andrade, Bulcão, Mota, Magalhães, Carvalho et al, (2010) e trata-se de um projeto piloto com foco na reabilitação de trabalhadores portadores de LER/DORT em fase inicial no momento da descrição. Estão articulados no programa entidades responsáveis por ações no âmbito na saúde do trabalhador: INSS, RENAST/SUS, Centro de Reabilitação Profissional, Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro Regional em Saúde do Trabalhador, Núcleo de Saúde do Trabalhador e Diretoria Regional de Saúde.

O programa está estruturado em três fases distintas: negociação preliminar, treinamento e avaliação, e intervenção e acompanhamento, e teve início em 2008, onde foram definidos os critérios de elegibilidade da empresa para participação do projeto, e foi selecionada uma empresa do ramo de distribuição de alimentos, com um total de 3199 funcionários.

Na primeira fase foram selecionados os trabalhadores participantes do programa. Dentre os trabalhadores participantes selecionados a partir dos prontuários do INSS, estes estavam em média afastados do trabalho pelo tempo de 1 a 6 anos, realizando em grande parte atividades de operadores de caixa. Foram selecionados 40 participantes tendo como critérios de inclusão, o desejo de participar do programa, a cidade de moradia do trabalhador, a função realizada, e o diagnóstico de LER/DORT. Foram ainda incluídos no programa, trabalhadores que encontravam-se em atividade na empresa, mas apresentavam atestado médico com até 15 dias de afastamento. As fases e metodologias utilizadas são descritas na tabela 4, reproduzida dos autores.

Tabela 4. Fases do Programa de Retorno ao Trabalho

FASES	AÇÃO	DETALHAMENTO
1. Inicial	Negociação Sindical	-Definição de Critérios de elegibilidade -Apresentação de proposta à empresa -Formalização – termo de convênio -Envolvimento dos representantes dos trabalhadores -Composição da equipe condutora: membros da empresa, representantes dos trabalhadores, equipe técnica do PRT/Cesat
	Diagnóstico da Situação de Saúde	-Estudo das características dos trabalhadores afastados -Eleição dos trabalhadores para o PRT
	Sensibilização	Sensibilização e envolvimento da alta gestão, gerência e supervisões da empresa
2. Treinamento e avaliação	Capacitação Geral	-Treinamento sobre reabilitação de trabalhadores, processos de trabalho, programas de retorno ao trabalho, ergonomia, avaliação de funcionalidade -Tutorial, atividades presenciais em campo, aplicação de método
	Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores afastados	-Aplicação do protocolo de funcionalidade, avaliação de habilidades, levantamento de perspectivas e demandas, formulação de plano de reabilitação, identificação de opções de trabalho factíveis, garantia de suporte junto à equipe de trabalho
	Avaliação da situação de trabalho	-Visitas ao local de trabalho -Análise ergonômica do trabalho

		-Elaboração de proposta de intervenção
	Apresentação da proposta à alta gestão da empresa	-Negociação do retorno ao trabalho dos trabalhadores no PRT -Negociação sobre as intervenções necessárias no processo de trabalho
3. Intervenção	Acompanhamento do retorno ao trabalho	-Avaliação da adequação da capacidade de trabalho-desempenho -identificação dos problemas e intervenção: modificações das tarefas, do plano de trabalho, da tecnologia assistiva, estímulo de habilidades, redefine metas, definição da progressão de metas de produção -suporte terapêutico
	Implantação das intervenções no posto de trabalho/situação de trabalho	-Explicação sobre as principais tarefas e/ou etapas do processo de trabalho que deverão ser modificadas -proposição de soluções negociadas -avaliação de viabilidade das soluções e estabelecimento de prioridades baseados na severidade e no risco à saúde, impacto sobre o processo produtivo como um todo
	Manutenção	-Acompanhamento do desempenho do trabalhador com identificação de ganho de autonomia, estabilização ou regressão -reconhecimento do grau de satisfação do trabalhador com o PRT -identificação de novos objetivos e perspectivas profissionais -acompanhamento das demandas de saúde

Avançado	-identificação de novas habilidades/vocações -formulação de plano para alcançar novas colocações -identificação de oportunidades compatíveis -acompanhamento de novo processo de mudança
----------	---

Nota. De: Lima, M. A. G. de, Andrade, A. G. M., Bulcão, C. M. de A., Mota, E. M. de C. L., Magalhães, F. de B., Carvalho, R. de C. P., et al. (2010). Programa de reabilitação profissional de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia : ativador de mudanças na saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (121), 112-121.

O programa utiliza como instrumentos o protocolo de avaliação de funcionalidade trabalhadores com LER/DORT e parte do modelo de funcionalidade da CIF. Os autores (Lima et al., 2010) avaliam que a intervenção apesar de se encontrar em seu processo inicial, tem proporcionado aos envolvidos reflexões sobre suas ações em reabilitação profissional para a busca de um modelo a ser implantado com maior resolutividade que as abordagens tradicionais de reabilitação profissional.

3.3.1.5. Programa de Reabilitação Profissional do Cerest de Piracicaba

O programa de Reabilitação Profissional do Cerest de Piracicaba acontece em forma de programa piloto desde ano de 2007 e foi descrito por Takahashi, Simonelli, Sousa, Mendes e Alvarenga (2010). É fundamentado na atenção terapêutica multidisciplinar e parte dos pressupostos teóricos do modelo social de incapacidade. É voltado para trabalhadores portadores de LER/DORT, e tem como campo comum a saúde do trabalhador. A equipe que desenvolve o programa é composta por médico, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e socióloga.

Os trabalhadores atendidos pelo programa foram levantados a partir de 244 prontuários de trabalhadores vinculados a 20 empresas como maior incidência de LER/DORT no município de Piracicaba. Os seguintes critérios de elegibilidade foram estabelecidos: ter vínculo empregatício ou ter tido como último emprego as empresas priorizadas, ter diagnóstico e nexos causais de LER/DORT, ter quadro crônico estabilizado, estar afastado do trabalho há pelo menos três meses, ter passado por tratamento médico, fisioterápico, psicológico ou de acupuntura durante o período de afastamento do trabalho (Takahashi et al., 2010). Os trabalhadores foram convidados por carta, e 176 sujeitos participaram do programa, onde 70 concluíram todas as etapas, e 21 encontravam-se sendo atendidos no momento da descrição do caso pelos autores (Takahashi et al., 2010).

A metodologia do programa é a intervenção grupal, e consta de quatro grupos: grupo de porta de entrada, grupo de psicoterapia, grupo de cinesioterapia, e intervenção de terapia ocupacional. Os grupos eram atendidos segundo a seguinte descrição:

a) Porta de entrada: coordenada por assistente social, contando com 8 encontros semanais com a utilização de técnicas de dinâmica de grupo e com temas previamente estabelecidos (integração do grupo e estabelecimento de regras coletivas de funcionamento, o problema da LER/DORT pela perspectiva do paciente, o problema da LER/DORT pela perspectiva de um profissional, o trabalho e suas representações, os direitos previdenciários, o corpo e a importância do autocuidado, o corpo e a percepção dos limites e das potencialidades, o encerramento com avaliação final).

b) Grupo de Psicoterapia: inicia com uma avaliação da psicóloga em sessões individuais de uma hora, onde os dados são coletados a partir de entrevistas abertas utilizando o método da história de vida oral de Minayo

(1992). Avalia-se o estado emocional do paciente, verificando sintomas de transtornos psíquicos e levantando hipóteses diagnósticas, realizando os encaminhamentos necessários. Posteriormente, os encontros do grupo são semanais, com uma hora e meia de duração em um total de 20 sessões aproximadamente. Utiliza-se a abordagem do Psicodrama com técnicas de jogos dramáticos. Após os encontros, os pacientes são reavaliados de forma grupal, visando verificar a permanência ou não dos sintomas, superação de conflitos, capacidade de lidar com as limitações da doença, e fortalecimento emocional para o retorno ao trabalho.

c) Grupo de Cinesioterapia: ocorre concomitante ao grupo de psicoterapia, sendo realizado por fisioterapeuta, que realiza uma avaliação inicial, e ao longo de 20 encontros com cerca de uma hora cada, onde os pacientes realizam exercícios e são estimulados a realizar em casa os exercícios que praticam no grupo.

d) Terapia Ocupacional: a intervenção em T.O. ocorre em três níveis, nas avaliações individuais dos pacientes, nas avaliações finais e na coordenação das avaliações ergonômicas dos postos de trabalho das empresas, para onde os trabalhadores irão retornar após a participação no programa.

A equipe realizou ainda, visitas nas empresas de retorno, com o objetivo de desenvolver análise ergonômica. Fundamentados nos princípios da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), os profissionais foram capacitados em uma instituição universitária local. Para a análise ergonômica foi utilizado o método Ergonomics Workplace Analysis (EWA) desenvolvido pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional e adaptado pela Universidade Federal de São Carlos, sendo ampliado com a realização de grupos focais com trabalhadores e profissionais das empresas e análise sóciotécnica da organização do trabalho.

Além das atividades de intervenção, a equipe realizava reuniões técnicas sistemáticas de discussão de caso supervisionadas por uma socióloga com experiência na área de Reabilitação Profissional.

Após a realização do programa, 22 trabalhadores retornaram ao trabalho na empresa de vínculo, cinco retornaram ao trabalho em outras empresas, 23 foram avaliados para aposentadoria e 20 permaneceram com auxílio-doença do INSS. Para avaliação do trabalho foram realizados grupos focais com os trabalhadores com o objetivo de identificar a percepção acerca dos benefícios da intervenção, dificuldades e problemas enfrentados. As verbalizações dos participantes mostraram um impacto positivo do programa no resgate da autonomia, da autoestima e da capacidade de ressignificar o futuro destes. O programa resultou ainda na construção de um protocolo de atenção aos trabalhadores em reabilitação profissional em uma das empresas de retorno.

3.3.1.6. História Vital do Trabalho (HVT)

A História Vital do Trabalho (HVT) é um programa de intervenção em pacientes com TMCs, desenvolvido na cidade de Buenos Aires em 1999 (D. Suaya, [comunicação pessoal] 01 de junho de 2010). Trata-se de um dispositivo clínico desenvolvido primeiramente com pacientes psiquiátricos e adaptado para o contexto de trabalhadores em afastamento. Os participantes da intervenção foram professores em licença psiquiátrica ou realizando tarefas passivas. O objetivo foi recuperar os ideais que motivaram os participantes para a escolha profissional da docência.

O estudo da intervenção foi composto por um grupo experimental formado por 80 docentes em tarefa passiva distribuídos em grupos de 10 integrantes e coordenados por dois profissionais, e um grupo controle constituído por docentes da mesma faixa de idade (45 anos ou mais) e de

antiguidade (15 anos ou mais), mas que não estavam realizando tarefas passivas e não se encontravam em situação de adoecimento. Em ambos os grupos foram aplicados o dispositivo em 8 sessões semanais. Os instrumentos utilizados foram a HVT, uma entrevista psicossocial e entrevistas de profundidade adaptadas às características da população em estudo. Após foi realizado um estudo de satisfação e eficácia na modalidade telefônica e presencial, depois de 6 meses, 9 meses e no término do segundo ano posterior a conclusão do trabalho de campo, com o grupo experimental e o grupo controle. No segundo ano, foi realizada uma capacitação para agentes multiplicadores e foram sujeitos os participantes do grupo experimental e grupo controle que desejaram ingressar nas capacitações.

Conforme a autora, os resultados da intervenção demonstraram que os participantes puderam reconhecer como estratégia de enfrentamento os seguintes recursos: sociais, estratégias defensivas individuais e recursos criativos. A partir disso, a autora propõe que se conheçam as estratégias de resiliência ou resistência e de sobrevivência empregados pelos trabalhadores na realização das tarefas.

3.3.1.7. Intervenção Participativa em Burn-out

A estratégia de intervenção participativa em burn-out foi estudada por Hatinen, Kinnunen, Pekkonen e Kalimo (2007) em comparação a uma estratégia tradicional de intervenção (*Vitality and Energy for Working Life*), realizada na Finlândia. Foram analisados os efeitos a curto e longo prazo das duas intervenções que tiveram duração de um ano. A intervenção teve como finalidade reduzir o componente *exaustão* da síndrome de burn-out ao focar no auxílio aos trabalhadores no desenvolvimento de estratégias para lidar com o estresse e reduzir a ansiedade.

A estratégia participativa buscou ainda aumentar a eficácia profissional, reduzir a pressão no trabalho através de mudanças nas condições de trabalho e aumentar a percepção de controle do trabalho. Foram realizadas estratégias de intervenção variadas como relaxamento, exercício físico, e discussões de gerenciamento de estresse.

A intervenção participativa foi construída com o apoio do Instituto de Seguro Social da Finlândia. Os participantes foram trabalhadores com transtornos psicológicos encaminhados de dois locais de trabalho, a partir da sugestão do serviço de atenção a saúde do trabalhador. O grupo consistiu de 20 trabalhadores mulheres de uma universidade local e do serviço de saúde do município, retiradas de uma população inicial de 110 trabalhadores que atendiam aos critérios de elegibilidade. A intervenção ocorreu em grupos de 8 a 10 participantes. O funcionamento e estratégias das duas intervenções foram descritas pelos autores conforme a tabela 5.

Tabela 5. Foco e conteúdo das intervenções tradicional e participativa.

INTERVENÇÕES	FOCO INDIVÍDUO	NO FOCO INTERFACE INDIVÍDUO-ORGANIZAÇÃO	NA
Intervenção tradicional	-Testes e exames realizados por médicos e psicoterapeutas -discussões em grupos e palestras com psicólogo e psiquiatra -terapia ocupacional -exercícios físicos e relaxamento	-discussões em grupo sobre assuntos relacionados ao trabalho -aconselhamento individual em sessões com psicólogo com conteúdos de acordo com as necessidades individuais	
Intervenção participativa	-os mesmos acima	-os mesmos acima -interação com o ambiente de trabalho: colaboração de representantes do local	

Nota. De: Hatinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. e Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Mananagement*, 14 (3), 227-248.

A intervenção participativa se diferenciou da intervenção tradicional ao construir em elo com o local de trabalho do paciente, formado pelo supervisor do participante, um membro do serviço de saúde e segurança do trabalho além de um representante do serviço de atenção à saúde do trabalhador.

Após esse período, realizou-se um segundo encontro para discutir a implantação das melhorias sugeridas. O objetivo destes dois encontros foi aumentar o controle do trabalhador sobre as tarefas relativas ao seu trabalho e melhorar suas condições de trabalho. Além disso, os encontros possibilitaram o envolvimento das empresas e responsabilizar o empregador a implementar ações para reduzir os problemas no local de trabalho.

Os pesquisadores (Hatinen et al, 2007) observaram que intervenção participativa foi mais efetiva que a intervenção tradicional, já que a mesma demonstrou resultados significativos no aumento do percepção de controle sobre o trabalho entre os participantes e conseqüente redução da exaustão durante os 12 meses do processo de reabilitação. A eficácia profissional não aumentou com a intervenção participativa, gerando a hipótese de que seja um componente mais resistente às intervenções.

3.4. Sugestões de Modelos de Reabilitação Profissional

De modo geral, os profissionais que atuam com R.P. enfrentam barreiras que limitam e impedem a realização de um trabalho efetivo e que atinja os objetivos a que se propõem. Borsoi, Santos & Acário (2006), chamam atenção para as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores em R.P. ao afirmar que o processo de reabilitação não tem sido efetivo e tão pouco tem facilitado a reinserção do trabalhador em suas atividades laborais. Além disso, não preserva o trabalhador dos riscos de retorno dos sintomas da doença e não garante a proteção do trabalhador do risco de, diante do desemprego, não encontrar novos postos de trabalho.

Fatores como o desconhecimento por parte dos integrantes das empresas das reais características e limites da doença, a existência de omissão das instituições de saúde envolvidas no processo, a ausência de planejamento de atividades adequadas dentro das organizações para a inserção dos trabalhadores adoecidos, além das dificuldades dos próprios sindicatos em tratar a saúde no trabalho como prioridade, têm dificultado a efetividade do processo de R.P.

Dentre as limitações e barreiras para a implantação de políticas de reabilitação profissional, Alvarez et al (2006) assinala alguns fatores como a falta de um modelo de intervenção consolidado neste campo e apoiado nos conhecimentos científico-tecnológicos existentes atualmente; a persistência de barreiras relacionadas ao estigma social com essas pessoas que afetam tanto o direito de cidadania global das mesmas como o seu acesso ao emprego; o desenvolvimento insuficiente de serviços públicos de saúde mental de base tanto sanitária como de apoio social.

Além disso, a precária responsabilidade que geralmente assumem as distintas administrações públicas no desenvolvimento de programas e

serviços de apoio ao emprego para este grupo de pessoas dificulta a eficácia das ações em reabilitação profissional.

Para Simonelli et al (2010) o que torna o processo de reabilitação profissional ineficaz é a falta de articulação com as empresas, que muitas vezes, provoca a demissão do trabalhador ou o retorno para a perícia médica após algum tempo.

Ainda, as divergências entre a lógica do cuidado do SUS e a do INSS (agência seguradora) refletem-se em contradições e conflitos cotidianos que aparecem na condução dos casos e pode comprometer o tratamento, a prevenção secundária precoce e a reabilitação profissional. (Takashi et al, 2010)

Diante de tais limitações os autores sugerem modelos que podem embasar a construção de diretrizes para ações eficazes em reabilitação profissional. Para Hanrahan et al (2006), é necessário que o serviço de saúde mental do estado e os serviços de reabilitação trabalhem juntos para garantir a disponibilidade de práticas baseadas em evidências na comunidade, e para promover uma transição bem sucedida para o mundo do trabalho para pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico. Os resultados podem ser melhorados através do desenvolvimento de ações de cooperação e colaboração entre os serviços que proporcionam tratamento em saúde mental e o serviço de reabilitação profissional.

Lima, Andrade, Bulcão et al. (2010), também alertam para a necessidade de articulação de ações individuais e coletivas, institucionais e interinstitucionais, setoriais e transeitoriais e a busca da integralidade da atenção.

Simonelli et al (2010), propõe o uso da CIF para avaliação dos trabalhadores e da AET para avaliação dos processos de trabalho de modo a garantir a intervenção no processo produtivo e não adoecer mais

trabalhadores. A CIF é baseada na integração dos modelos biomédico, psicológico e social. Para o autor, a classificação da incapacidade adotada pelos manuais de perícia médica do INSS como uniprofissional, multiprofissional e oniprofissional não se enquadra nos pressupostos sociopolíticos de incapacidade, pois considera apenas os determinantes físicos da incapacidade. É sugerido que o modelo mais adequado de incapacidade seria aquele que sintetiza os dois modelos sem cometer o erro de reduzir a noção complexa e total de incapacidade a apenas um dos seus aspectos.

Takahashi et al (2010) expõem que a implantação dos conceitos teóricos da CIF na avaliação da incapacidade pelos médicos peritos do INSS, representaria uma mudança no paradigma de incapacidade, a superação da concepção de déficit pessoal para uma abordagem social da incapacidade. Sugerem a capacitação em Ergonomia pela abordagem da AET de médicos peritos do INSS, como um meio de contribuir para a desconstrução da ideologia do trabalho oniprofissional, conceito que analisa a capacidade de forma abstrata, desvinculada das dinâmicas de cargas laborais em situações concretas de trabalho real. Dessa forma, poderiam ser evitadas as altas precoces sem que os trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho estejam devidamente reabilitados, levando-os à vulnerabilidade e exclusão social.

Toldrá et al (2010) propõe que a reabilitação se embase nos princípios e diretrizes da perspectiva da política de humanização do SUS com ações nos diferentes setores e nas práticas profissionais, na forma de construção coletiva, envolvendo os diferentes sujeitos implicados, os vínculos solidários, a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores, reconhecendo-os como sujeitos e participantes ativos no processo de produção de saúde e trabalho, garantindo uma política efetiva de

reabilitação profissional, de retorno e permanência no trabalho. Para os autores é necessário repensar o retorno ao trabalho sem comprometer ainda mais a saúde, evitando o desemprego e onerosidade do sistema previdenciário, necessidade de ações preventivas.

O processo de retorno ao trabalho deve envolver mudanças na organização do trabalho (como a redução do ritmo de trabalho, aumento do número de trabalhadores contratados, modificação do conteúdo das tarefas, a mudança na dinâmica das relações interpessoais e da estrutura hierárquica). Com o objetivo de cuidar e resguardar a saúde do trabalhador, em casos de adoecimento e de retorno ao trabalho, é importante considerar a compatibilidade das tarefas a serem realizadas e as restrições do trabalho às condições clínicas, implicando nas seguintes práticas: estabelecimento de tarefas de acordo com a capacidade do trabalhador, adequação do ambiente de trabalho e da organização do trabalho, envolvimento efetivo das empresas, informação e orientação e apoio das chefias e dos colegas a respeito das restrições do trabalhador e o acompanhamento na realização das tarefas. O retorno à mesma situação de trabalho ou os casos de mudança de função sem o respaldo de uma adequada política de readaptação podem levar à piora da sintomatologia e a novos afastamentos.

MacDonald-Wilson, Rogers, Massaro, Lyass & Crean (2002), também sugerem estratégias para o retorno ao trabalho: necessidade de horários flexíveis, modificação ou reestruturação dos processos de trabalho, comunicação facilitada no trabalho, modificação no treinamento dos trabalhadores, prover treinamento para a equipe de trabalho e supervisores, modificar a supervisão, realizar mudanças nas políticas, modificar o ambiente físico e prover equipamentos especiais além de mudar os processos de trabalho.

Alvarez, Cuetos, Jimenez, Alvarez, Domenech & Pelaez (2006) ao se referirem especificamente a trabalhadores afastados por TMCs, sugerem que para a construção de programas de reabilitação profissional deveriam ser incluídos os seguintes tipos de intervenção:

a) adequado tratamento sanitário com uma orientação geral que vá além do controle sintomatológico, e busque favorecer a permanência na comunidade;

b) programas específicos de reabilitação psicossocial devem servir de base para as intervenções mais específicas na área laboral;

c) a avaliação de necessidades e possibilidades do usuário no âmbito da ocupação e do emprego incluindo a historia laboral prévia, a situação atual, aspirações e desejos, assim como a elaboração de um itinerário personalizado;

d) distintas atividades dirigidas à orientação profissional de cada usuário auxiliando-o a definir suas possibilidades no contexto concreto em que se encontra;

e) programas de aquisição de habilidades laborais básicas no mínimo indispensáveis para sua posterior integração e como atividade prática permanente.

f) distintas atividades de orientação e apoio na busca do emprego, incluindo o desenvolvimento das habilidades necessárias para isso;

g) a possibilidade de desenvolver atividade ocupacional já como prévia, como atividade de transição em situações de retrocesso no processo de integração e como atividade prática permanente;

h) programas específicos de formação profissional que correspondam em cada caso de acordo com o itinerário formativo definido para cada usuário;

i) disponibilidade de uma variedade de alternativas de emprego desde modalidade com nível de proteção até o emprego comum em diversas formas

j) diferentes mecanismos de apoio no posto de trabalho com intervenções potenciais não somente sobre o paciente, mas também sobre o ambiente familiar, profissional e laboral;

É necessário pensar em critérios para avaliação da reabilitação profissional (Alvarez, Cuetos, Jimenez, Alvarez, Domenech & Pelaez, 2006). Os indicadores sugeridos para avaliação da reabilitação profissional são o índice de pacientes em empregos competitivos depois do término do programa, o progresso no nível da integração profissional, o aumento no nível de funcionalidade e diminuição no nível de incapacidades sociais, e as medidas de resultados relatados pelos pacientes.

4. MÉTODO

4.1. Natureza, fontes da pesquisa e delineamento

Esta pesquisa é de natureza descritiva e empírica, de abordagem indireta e sistemática. É caracterizada como descritiva, pois visa conhecer os processos que constituem a intervenção psicológica na reabilitação profissional.

É empírica, pois visa compreender, com base nas características, modelos e técnicas de intervenção, resultados, repercussões e meios de avaliação da intervenção psicológica na reabilitação profissional, os processos psicológicos a ela associados. Para Demo (2000), o fato de uma pesquisa ser empírica expressa o tratamento da "face fatual da realidade" (p. 21) e a "possibilidade de oferecer maior concretude às argumentações, por mais tênue que possa ser a base fatual" (p. 37).

É de abordagem indireta, pois o processo de intervenção psicológica na reabilitação profissional foi caracterizado por meio de fontes documentais e depoimentos de especialistas (técnicos), acerca das características do processo de intervenção psicológica em reabilitação profissional.

É sistemática, em razão da necessidade de organizar, em forma de passos sequenciais, a coleta e compilação de dados que auxiliem na estruturação dos procedimentos de investigação. Pesquisas que demonstram um delineamento sistemático, para Cooper (1984) permitem organizar informações para fins específicos e programar ações futuras baseada no processamento de dados realizados.

A pesquisa foi constituída de duas fases: a primeira, de domínio teórico, compreende o estudo das intervenções psicológicas em programas

de reabilitação profissional, diretrizes teórico-metodológicas descritos na literatura científica, e do marcos legais que norteiam as políticas de Reabilitação Profissional no Brasil e no âmbito internacional. A segunda fase é de domínio empírico, caracterizada por pesquisa de campo envolvendo psicólogos que atuam em Reabilitação Profissional no país (N=16). A figura 1 apresenta o delineamento da pesquisa.

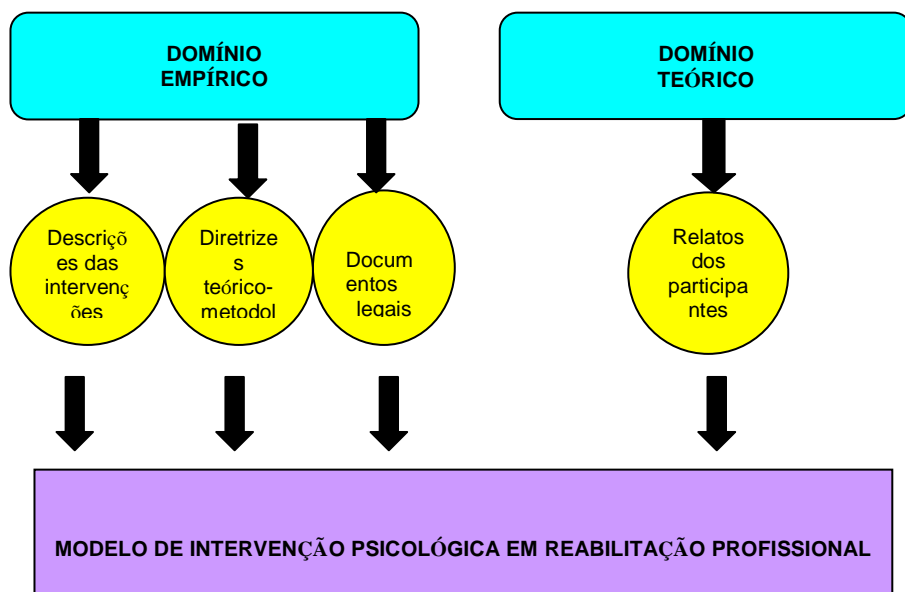


Figura 1. Esquema do método de pesquisa

4.2. Caracterização dos Participantes

Os participantes da fase empírica do estudo são psicólogos (N=16) que atuam em intervenções em Reabilitação Profissional no país, nos

Centros de Reabilitação Profissional (CRPs), Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), no Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou em empresas privadas.

Trata-se de amostra intencional e por conveniência, ou conforme Laville e Dione (1999) pode ser chamada de amostra típica, onde o pesquisador seleciona casos típicos da população alvo ou de uma parte desta, a partir das necessidades de estudo. A escolha dos participantes foi realizada a partir de busca em *sites* de programas de R.P., psicólogos participantes de eventos científicos na área e rede de contatos.

4.3. Procedimentos

4.3.1. Procedimentos Teóricos

A etapa de revisão teórica compreendeu uma exploração exaustiva da produção científica sobre Reabilitação Profissional nos âmbito nacional e internacional. Esta etapa consistiu na busca em periódicos científicos, dissertações e teses, livros e outras matérias técnicas sobre Reabilitação Profissional e subtemas que envolvem o estudo.

Esta etapa foi realizada por meio de rastreamento em bases de dados nacionais e internacionais como Psycarticles, Science Direct, Scielo, Springer Journals e PubMed. Os descritores utilizados na busca foram *reabilitação profissional*, *transtornos mentais*, *trabalho*, *retorno ao trabalho* e *incapacidade*. Estes descritores foram combinados para refinar a pesquisa. Foram utilizados ainda os respectivos termos em inglês e espanhol para a busca em periódicos internacionais.

Os artigos e demais documentos foram categorizados em três categorias teóricas: *conceitos e políticas de reabilitação profissional*, *aspectos psicológicos em reabilitação profissional* e *processos de intervenção em reabilitação profissional* e posteriormente divididos em subcategorias. Ainda, foram consultados sites de instituições que são referências para a elaboração de políticas de atenção ao trabalhador como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Ministério da Previdência Social (MPS), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A tabela 6 descreve as categorias e subcategorias para análise da produção teórico-científica.

Tabela 6. Descrição das categorias e subcategorias de análise da produção teórico-científica

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Conceitos e políticas de R.P.	- conceitos -marcos legais
2. Aspectos psicológicos em R.P.	-aspectos psicológicos associados à doenças decorrentes do trabalho -aspectos psicológicos associados à condição de afastamento
3. Processos de intervenção em R.P.	-abordagens em R.P. -processos de intervenção em R.P.

4.3.2. Procedimentos Empíricos

Nesta fase do estudo participaram os psicólogos que realizam intervenção em reabilitação profissional. Foram levantados os nomes de 35 psicólogos que integram equipes de reabilitação profissional no país.

O levantamento de possíveis participantes ocorreu a partir de rede de contatos, busca de psicólogos participantes de eventos na área e autores de publicações sobre R.P. A partir do levantamento inicial estabeleceu-se contato com 30 participantes, já que não foi possível realizar contato com 5 psicólogos.

Os participantes foram contatados via telefone ou correio eletrônico, onde se explicitou os objetivos da pesquisa e o convite para a participação na mesma. Todos os psicólogos contatados aceitaram receber o convite para participar da pesquisa. Após a aceitação do convite, uma mensagem eletrônica com o link para o formulário foi enviado. Foram enviados 30 questionários, dos quais 16 retornaram para os pesquisadores.

Os dados foram coletados a partir de questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas que contemplou as categorias e subcategorias que emergiram a partir da fase de análise teórica. Os questionários foram enviados por formulário eletrônico a partir do site Survey Monkey (www.surveymokey.com) ou por correio eletrônico em formato Word, em decorrência do não recebimento do envio dos formulários iniciais.

O questionário foi construído a partir de categorias emergentes na fase de análise teórica do estudo. A tabela 7 descreve as categorias e subcategorias que embasaram a construção do questionário.

Tabela 7. Descrição das pré-categorias e subcategorias para construção de instrumentos de coleta de dados.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Perfil sócio-ocupacional	-Idade -Sexo -Formação -Tempo de formação -Local de trabalho -Tempo de atuação em R.P.
Concepções e pressupostos de trabalho	-Saúde -Incapacidade -Reabilitação
Intervenção com foco no indivíduo	-referencial teórico -metodologia -técnicas -instrumentos
Intervenção com foco no ambiente de trabalho	-referencial teórico -metodologia -técnicas -instrumentos
Participação em equipe de R.P.	-trabalho em equipe multidisciplinar -instituição parceira no processo de R.P.
Avaliação dos resultados da intervenção	-critérios -instrumentos -resultados

4.3.3 Procedimentos Éticos

Na fase de domínio teórico os procedimentos éticos estão relacionados aos cuidados com direitos autorais da produção científica levantada.

Na fase de domínio empírico, os cuidados éticos tratam do esclarecimento aos participantes sobre os objetivos da pesquisa, com

informações sobre a condição de voluntariedade para a participação na pesquisa, o sigilo de informações que possam identificar os participantes, o uso a ser feito dos dados e o compromisso de devolução dos resultados a partir do envio de artigo ou outra publicação decorrente do estudo.

Os procedimentos foram esclarecidos por meio de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), que foi apresentado em formulário anterior ao questionário. Ao aceitar o TCLE os participantes eram encaminhados eletronicamente ao formulário contendo o questionário a ser respondido. Todos os procedimentos da pesquisa se orientam pelos princípios da Resolução nº 196/de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, e pela Resolução nº 016/2000, de 20 de Dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia, que trata dos procedimentos éticos sobre a realização de pesquisa em psicologia com seres humanos.

4.4. Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram analisados a partir das categorias e subcategorias descritos anteriormente na fase de construção dos instrumentos de coleta de dados, de forma descritiva. As categorias que nortearam o processo de análise de dados estão descritas a seguir.

1. Perfil sócio-ocupacional: nesta categoria estão incluídos dados básicos que descrevem o perfil dos psicólogos que atuam em R.P.
2. Concepções e pressupostos de trabalho: nesta categoria estão incluídos dados que abordam as concepções adotadas pelos participantes sobre saúde, incapacidade e reabilitação profissional.

3. Características da Intervenção: características do processo de intervenção em R.P. como o foco de atuação, os fundamentos teóricos e epistemológicos que embasam, a etapa da R.P. em que ocorre a intervenção, o acompanhamento pós R.P.
4. Participação em equipe de R.P.: dados que descrevem o modo como os participantes se inserem nas equipes de R.P.
5. Avaliação da intervenção: instrumentos e da existência de um processo de avaliação da intervenção e dos resultados observados.

5. RESULTADOS

Foram analisados 16 questionários respondidos por psicólogos que atuam em processos de intervenção em reabilitação profissional no país. Não foi realizada delimitação de tempo de atuação ou de região do país com o objetivo de atingir uma amostra mais ampla de participantes. A seguir são apresentados os resultados da coleta de dados.

5.1. Perfil Sócio Ocupacional

Nesta categoria estão incluídos os dados referentes à descrição das características do perfil social e ocupacional dos participantes. A tabela 8 apresenta os dados referentes ao sexo, idade e grau de instrução dos participantes (N=16).

Tabela 8. Distribuição das características dos participantes em relação ao sexo, idade e grau de instrução.

CARACTERÍSTICAS	OCORRÊNCIA
Sexo	
Masculino	2
Feminino	14
Idade	
24 a 30 anos	9
31 a 35 anos	1
36 a 40 anos	1
41 a 45 anos	1
46 a 50 anos	3
51 anos ou mais	1
Grau de instrução	
Somente Graduação	2

Especialização	13
Mestrado	4
Doutorado	4

Nota. No grau de instrução foram permitidas mais de uma resposta.

O perfil sócio-ocupacional dos participantes reflete um predomínio do sexo feminino, que coincide com as características dos psicólogos no país. A faixa etária representa uma população de profissionais jovens atuando na área de R.P. Apesar disso, observou-se a existência de formação complementar após a graduação com predomínio de profissionais especialistas, e profissionais com pós-graduação, o que qualifica a intervenção. Sobre a formação em R.P., todos os participantes (N=16) responderam ter procurado se manter atualizados na área. A tabela 9 apresenta os dados referente à formação e atualização em R.P.

Tabela 9. Distribuição das características dos participantes em relação à formação em R.P., meio pelo qual se mantém atualizados em R.P., atuação em outra atividade e instituição de atuação.

CARACTERÍSTICAS	OCORRÊNCIA
Formação em R.P.	
Possui formação específica em R.P.	1
Não possui formação específica em R.P.	15
Atualização em R.P.	
Conversas com colegas	14
Leituras de periódicos e revistas	12
Congressos, seminários e outros eventos	7
Outro	4
Capacitação promovida pela instituição em que trabalha	3
Atuação em outra atividade	

Sim	13
Não	3
Trabalho em R.P.	
Primário	11
Secundário	5
Instituição de atuação	
INSS	6
Cerest	2
SUS	2
Empresa Privada	1
Hospital Público	1
Prefeitura	1
Termo de cooperação INSS/empresa privada	1
Empresa mista	1
Serviço público municipal	1

Nota. No item *Atualização em RP* foram permitidas mais de uma resposta.

Todos os participantes informam buscarem a atualização em R.P, apesar de somente um entrevistado ter afirmado possuir formação específica na área. O meio mais utilizado para este fim é a conversa com os colegas e a leitura de periódicos e revistas. O meio menos freqüente para atualização é a capacitação promovida pela instituição, o que sugere que as instituições que realizam serviços de R.P. não têm promovido atividades de capacitação para os profissionais da área.

Sobre a atuação em demais atividades, 13 participantes afirmam atuar em outra atividade. Por outro lado, 11 participantes afirmam ter a atuação em R.P. como sua principal atividade trabalho. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de elaboração de programas de capacitação e de melhorar a formação aos profissionais da área, pois apesar de terem a

atividade de R.P como atuação principal em geral estes não possuem formação específica.

Os programas ocorrem em instituições variadas, não se restringindo somente às agências do INSS onde historicamente foram iniciados os programas de R.P.

A tabela 10 apresenta as respostas referentes ao tempo de atuação e a forma de inserção na área.

Tabela 10. Distribuição das características dos participantes em relação ao ano de início da atuação em R.P. e a forma de inserção em R.P.

CARACTERÍSTICAS	OCORRÊNCIA
Ano de início da atuação em R.P.	
1979-2007	4
2008-2010	12
Inserção na área de R.P.	
Trabalho em SESMT	1
Contratação na instituição	2
Concurso público	2
Atuação no meio acadêmico	1
Processo seletivo	2
Transferência de setor	1
Estágio	1
Trabalho em equipe de medicina ocupacional	2
Outros	2

Nota. No item *Inserção na área de R.P.* dois participantes não indicaram respostas.

Os dados evidenciam a recente inserção dos psicólogos na área refletindo a necessidade de construção de diretrizes para a atuação do psicólogo em R.P., pois trata-se de um campo novo que necessita de

fundamentos norteadores da prática. A inserção na área ocorreu de forma variada, refletindo a diversidade nos modos de funcionamento das instituições para a contratação dos participantes das equipes de R.P.

5.2. Concepções e Pressupostos de Trabalho

Nesta categoria foram incluídas respostas referentes ao entendimento de conceitos que fundamentam as discussões teóricas da reabilitação profissional: saúde do trabalhador, reabilitação, incapacidade para o trabalho, papel da R.P. e responsabilidade pela R.P. A tabela 11 exemplifica as respostas sobre o papel da R.P.

Tabela 11. Concepções sobre o papel da R.P. referidas pelos participantes.

CATEGORIAS	EXEMPLO DE RESPOSTA
Promotora de reinserção e/ou reintegração laboral	<p><i>Orientar e possibilitar a reeducação e readaptação profissional, promovendo o conhecimento de suas potencialidades e habilidades. Fornecer apoio, fortalecendo as questões emocionais que envolvem esta mudança. Proporcionar uma melhora da auto-estima. Orientar sobre o mercado de trabalho, identificar junto ao reabilitando os seus interesses e perspectivas. (P4)</i></p> <p><i>Reinserção do indivíduo no contexto laboral na mesma atividade ou em outra que lhe traga prazer e significado.(P5)</i></p> <p><i>A reabilitação tem por papel, promover o retorno do trabalhador às atividades laborais, na nova condição de saúde em que se encontram.(P6)</i></p>

Reinserção social	<p><i>Faz parte desse papel, tanto a estabilização física e psicossocial, como a retomada das relações sociais cotidianas e de trabalho. (P1)</i></p> <p><i>Promover o resgate dos aspectos construtivos e criativos do trabalhador, auxiliando-o a deslocar o foco das limitações para as capacidades remanescentes e o potencial residual, de modo a poder construir um novo projeto profissional e reinserir-se na vida social. (P7)</i></p>
Intervenção propriamente dita	<p><i>Estabelecer programas de intervenção para desenvolver atividades terapêuticas e de reeducação profissional visando fortalecer o indivíduo para lidar e/ou superar as dificuldades impostas pelo adoecimento ou incapacidades resultantes do adoecimento. (P1)</i></p> <p><i>Orientar sobre o mercado de trabalho, identificar junto ao reabilitando os seus interesses e perspectivas. (P4)</i></p> <p><i>Verificar o residual laboral, com melhor aproveitamento deste, tornando o sujeito útil a sociedade. (P12)</i></p>

A maior parte das respostas (N=6) remete à idéia de R.P. como promotora da reinserção e/ou reintegração laboral. Outros participantes (N=4) referem respostas onde o papel da R.P. é a reinserção social enquanto as demais respostas referem-se à intervenção propriamente dita.

O papel da R.P. como importante para o contexto social do trabalhador incapacitado reflete uma noção mais ampliada de reabilitação

que entende o trabalho como um meio para a inserção social do sujeito. Nessa concepção reinserir um sujeito no trabalho, é reinseri-lo também na vida social. As concepções a respeito de saúde do trabalhador, incapacidade e reabilitação são apresentadas na tabela 12.

Tabela 12. Concepções de saúde do trabalhador referidas pelos participantes.

CATEGORIAS	EXEMPLO DE RESPOSTA
Campo de saber/atuação	<i>É um campo de saber/conhecimento que visa subsidiar ações em saúde e vigilância para melhorias das condições de vida no trabalho. (P8)</i>
Conceito de saúde da OMS	<i>Refere-se ao bem estar físico, psíquico e social propiciado ao indivíduo na sua relação com o trabalho. (P5)</i> <i>É a realização de uma atividade laboral que respeite os aspectos biopsicossociais do trabalhador, priorizando a prevenção, promoção e reabilitação na área da saúde ocupacional.</i>
Conceito ampliado/integralidade	<i>Entendo a saúde com a concepção da integralidade do sujeito, (biopsicossocial) não restrita a sua condição funcional. (P11)</i>

Sobre saúde do trabalhador (tabela 12) alguns participantes (N=2) entendem como um campo de saber/atuação. Outros (N=5) aproximam-se do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade. Apenas um participante reflete o olhar integral de saúde, não reduzindo ao contexto ocupacional do trabalhador.

Tabela 13. Concepções de incapacidade referidas pelos participantes.

CATEGORIAS	RESPOSTA
Limitação física	<i>Dificuldade do trabalhador em desenvolver uma atividade mediante uma limitação física. (P5)</i>
Limitação física ou psíquica	<i>É a existência de uma patologia que restringe a funcionalidade do indivíduo, de tal maneira, que o impossibilite de realizar uma atividade laboral. (P9)</i> <i>Quando não há residual laboral, quer seja por situações físicas ou mentais, que inviabilizem sua manutenção no ambiente de trabalho. (P12)</i>
Conceito ampliado	<i>É estar impedido, temporário ou permanente, de realizar sua atividade de trabalho, em decorrência de um ou vários aspectos, tais como: sociais, físicos, mentais, econômicos, etc., e que possibilite garantir a própria subsistência. (P4)</i> <i>Incapacidade não é uma limitação física ou mental. Acho que a incapacidade para o trabalho não existe. Mas existe sim uma incapacidade social, cultural, econômica e política que impossibilita o indivíduo de exercer seus direitos fundamentais. (P11)</i> <i>É estar impedido, temporário ou permanente, de realizar sua atividade de trabalho, em decorrência de um ou vários aspectos, tais como: sociais, físicos, mentais, econômicos, etc., e que possibilite garantir a própria subsistência. (P4)</i> <i>Incapacidade não é uma limitação</i>

física ou mental. Acho que a incapacidade para o trabalho não existe. Mas existe sim uma incapacidade social, cultural, econômica e política que impossibilita o indivíduo de exercer seus direitos fundamentais. (P11)

Sobre a concepção de incapacidade para o trabalho, alguns participantes forneceram respostas que remetem a idéia de incapacidade como uma limitação física ou psíquica que impede o exercício laboral (N=6) conforme exemplificado na tabela 13. Outros participantes (N=4) apresentaram respostas que coincidem com o conceito ampliado de incapacidade, relacionado com uma condição que impede a realização do trabalho, não necessariamente centrada em uma doença do sujeito. Um participante entende a incapacidade como uma limitação física, restringindo o conceito ao aspecto físico do trabalhador.

Já, as concepções de reabilitação são exemplificadas na tabela 14.

Tabela 14. Concepções de reabilitação referidas pelos participantes.

CATEGORIAS	RESPOSTA
Recuperação da saúde	<i>Promover a recuperação da saúde física e mental e social do indivíduo. (P1)</i>
Incremento na qualidade de vida	<i>Prestar um atendimento biopsicossocial conforme as necessidades do indivíduo, visando proporcionar uma melhora na sua qualidade de vida e, conseqüentemente, sua reabilitação profissional e pessoal. (P9)</i>
Alternativa de retorno ao trabalho	<i>Uma alternativa pertinente as pessoas que sofreram ou enfrentam dificuldades para o exercício de suas</i>

	<i>atribuições em decorrência de um problema de saúde desencadeado por motivo de um acidente ou doença (comum ou do trabalho). (P3)</i>
Meio para ressignificar/reconstruir a trajetória profissional	<i>Reabilitar é favorecer a um indivíduo um processo de ressignificação de sua incapacidade, através da possibilidade de elaborar a perda, mobilizar recursos de reparação e construir novos modos de se relacionar consigo mesmo e com o mundo. (P7)</i>

Somente 2 participantes (N=2) referiram respostas que relacionam reabilitação à idéia de recuperação da saúde. Outros (N=2) refletem à idéia de incremento na qualidade de vida do trabalhador, associando a reabilitação a uma alternativa/possibilidade de retorno ao trabalho (N=2) e como um meio para ressignificar ou reconstruir a trajetória profissional (N=2).

Esta última concepção remete à concepção de reabilitação como habilitação, ou seja, habilitar o trabalhador para um novo processo, em detrimento a idéia de recuperar ou voltar há um estado anterior de capacidade.

A tabela 15 apresenta os dados referentes as instituições e profissionais que devem ter responsabilidade pelo processo de R.P. na concepção dos participantes.

Tabela 15. Distribuição das características dos participantes em relação à concepção sobre quais instituições e profissionais devem ser responsáveis pela reabilitação profissional.

CATEGORIAS	OCORRÊNCIA
Instituições	
Empresa empregadora (pública ou privada)	10
INSS	9
SUS	5
Instituições de Ensino	3
Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)	2
CEREST	2
Sindicato	2
Serviço Nacional do Emprego (SINE)	1
Delegacia do Trabalho	1
Trabalhador	1
Ministério Público	1
Profissionais	
Psicólogo	9
Médico (do trabalho, psiquiatra, perito)	8
Terapeuta Ocupacional	7
Assistente Social	8
Fisioterapeuta	5
Enfermeiro	2
Educador Físico	2
Gestores/Profissionais de Recursos Humanos	1
Representante Sindical	1
Massoterapeuta	1
Nutricionista	1
Chefia imediata do trabalhador	1
Visitador Comunitário	1

Nota. Estes itens permitiram mais de uma resposta por participante.

Os participantes relatam a necessidade da participação de várias instituições na R.P. A empresa empregadora foi a instituição mais citada pelos participantes, o que mostra a importância da instituição empregadora estar engajada no processo de R.P., já que o adoecimento ocorre dentro e por conta do trabalho. A segunda instituição mais citada é o INSS, instituição tradicionalmente responsável por nortear o processo.

Sobre os profissionais, destacam-se além do psicólogo, as profissões tradicionalmente relacionadas ao processo: medicina, terapia ocupacional, serviço social e fisioterapia. Além disso, foram citados outros profissionais, mostrando a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar. Chama atenção a não inclusão de outros profissionais ligados aos Serviços especializados em saúde e segurança do trabalho (SESMTs), como o engenheiro e o técnico de segurança do trabalho que seriam agente importantes para coordenar as mudanças nas condições de trabalho. Ainda sobre as instituições responsáveis algumas respostas dos participantes foram destacadas na tabela 16.

Tabela 16. Distribuição das características dos participantes em relação à concepção de que instituições e profissionais devem ser responsáveis pela reabilitação profissional.

CATEGORIAS	RESPOSTA
Horizontalidade e ausência de hierarquia	<i>Quanto à equipe interdisciplinar, é o ser humano global, em suas dimensões física, emocional e social que necessita ter mobilizadas suas capacidades reconstrutivas, e só uma equipe interdisciplinar, atuando numa perspectiva horizontal, sem</i>

	<i>hierarquias de uma especialidade sobre a outra, pode promover isso. (P7)</i>
Responsabilidade Institucional	<i>Deveria ser a Saúde a executar a Reabilitação Profissional porque é uma atividade da área do cuidado, da promoção da saúde, e não é vocação do INSS exercer o cuidado, mas sim gerenciar benefícios pecuniários para os segurados. (P7)</i>
Responsabilidade do INSS como norteador das políticas	<i>É necessário oferecer ao trabalhador assistência a saúde de qualidade (SUS) e novas oportunidades (reeducação para o trabalho), já que houve adoecimento relacionado ao trabalho. Em relação ao INSS, penso que seria importante o estabelecimento de diretrizes em relação à reabilitação profissional, pois temos assistido a interpretações particulares por parte das empresas sobre essa questão, sem haver um norteador com bases comuns que destaquem as diretrizes mínimas a serem seguidas. (P1)</i>
Responsabilidade da empresa	<i>Na empresa, é necessário um trabalho interdisciplinar para que o trabalhador possa ser compreendido de maneira integral e seja atendido em suas diferentes necessidades, possibilitando um processo de reabilitação coerente e efetivo. Além disso, o chefe imediato também é responsável na medida em que deve assegurar condições de trabalho adequadas e um treinamento/inserção efetivos do trabalhador em suas novas funções. (P2)</i>
Rede de instituições	<i>Não basta oferecer assistência em</i>

saúde se as condições de trabalho não forem modificadas. Para que as condições de trabalho ocorram são necessárias ações integradas com o Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicato e a própria Organização. A parceria com o INSS também se mostra fundamental, uma vez que os nossos pacientes dependem da concessão do benefício para a manutenção do tratamento e das condições básicas de vida. Têm sido frequentes dificuldades no que tange a concessão de benefício previdenciário - via de regra o prazo instituído pelo INSS não condiz com o tempo necessário para a reabilitação. (P8)

A equipe multiprofissional é importante, porque na reabilitação há a necessidade de se trabalhar diversos aspectos, ainda que o mais evidente seja uma limitação física. O INSS possui um programa de reabilitação profissional e possibilita ao trabalhador receber um benefício durante o período em que permanece afastado do trabalho. É também o elo de ligação entre o trabalhador e a empresa a qual está vinculado. Fornece ao segurado os recursos materiais necessários à reabilitação profissional, como próteses, cursos profissionalizantes, transporte, alimentação, implemento profissional e instrumentos de trabalho. A empresa tem importante papel, ao reinserir o funcionário em seu quadro, ao buscar as adaptações necessárias e acompanhar este funcionário durante a reabilitação. O SUS é importante por oferecer profissionais da saúde (médicos, psicólogos, fisioterapeutas

entre outros) e procedimentos necessários para este processo, como exames, consultas e cirurgias. A delegacia do trabalho acredito que deva ser envolvida neste processo, pois não é sempre que o trabalhador tem seus direitos garantidos e há a necessidade de orientações e intervenções desta parte. (P4)

O adoecer do trabalhador decorre de falhas sociais na educação e formação do indivíduo que não aprende a cuidar-se e nos processos de trabalho que produzem o adoecimento. Desta forma a reabilitação ou o não adoecer somente ocorrerá a partir de ampla discussão com os atores envolvidos para criação e implementação de políticas públicas eficazes. Os atores necessitam PENSAR (grifo do participante) uma sociedade saudável e entendendo que o desenvolvimento econômico eficiente é aquele que não adoce a sociedade. (P11)

Sobre o funcionamento da equipe, foi ressaltada a importância da horizontalidade e da ausência de hierarquia dentro da equipe para a promoção da reabilitação. Outro aspecto identificado é a discussão entre a responsabilidade do INSS e do serviço público de saúde (SUS) na realização da reabilitação, conforme explicitado pelo mesmo participante. A importância do INSS como norteador das diretrizes para a R.P foi destacada. Sobre a responsabilidade da empresa, a ideia de que a empresa empregadora deve estar envolvida no processo é mencionada, mostrando que a modificação no ambiente de trabalho e o acompanhamento ao trabalhador na inserção no trabalho são fundamentais. A necessidade do

processo de R.P. ser constituído por uma rede de instituições e serviços funcionando de forma integrada também foi citada.

5.3. Características da Intervenção

A tabela 17 apresenta dados referentes ao tipo clientela atendida e ao foco de atuação na intervenção.

Tabela 17. Distribuição das respostas dos participantes em relação à clientela atendida.

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA
Tipo de clientela atendida	
Trabalhadores da empresa/organização em que o psicólogo atua	5
Segurados do INSS em Auxílio- Doença	2
Trabalhadores de diferentes ramos de atividade afastados do trabalho por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho	1
Trabalhadores com vínculo empregatício com empresas privadas	1
Pacientes resistentes que não querem melhorar, não colaboram com o tratamento e nem querem retornar ao trabalho.	1
Trabalhadores adoecidos ou acidentados, afastados do trabalho por incapacidade	1
Usuários do SUS	1
Foco da atuação	
Indivíduo e empresa	10
Somente indivíduo	2
Somente empresa	0

Nota. Neste item 4 participantes não indicaram respostas.

Observa-se que os psicólogos parecem reconhecer o papel do ambiente de trabalho na reabilitação, já que maior parte dos participantes relata a realização da intervenção com foco no indivíduo e na empresa. A clientela se restringe aos trabalhadores afastados dentro das peculiaridades de cada instituição onde a intervenção ocorre. Um participante relata o atendimento de pacientes com dificuldades de retorno ao trabalho, sugerindo que a intervenção psicológica ocorre somente em situações específicas e não em todo o processo de R.P.

Os fundamentos teóricos, instrumentos e técnicas utilizados na intervenção estão distribuídos na tabela 18.

Tabela 18. Distribuição das características da intervenção dos participantes em relação aos fundamentos teóricos.

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA
Fundamentos teóricos em que se orienta	
Psicodinâmica do trabalho	3
Ergonomia	2
Análise institucional	2
Cognitivo comportamental	2
Psicodrama	2
Psicanálise	2
Psicologia organizacional	1
Sociologia	1
Saúde ocupacional	1
Medicina do trabalho	1
Saúde do trabalhador	1
Psiquiatria do trabalho	1
Sociodrama	1
Saúde coletiva	1

Histórico-cultural	1
Psicologia Clínica	1
Grupos operativos	1
Psicologia dos grupos	1
Saraceno, Soares	2
Saúde mental	1
Instrumentos e/ou técnicas	
Entrevista	7
Atendimento grupal	3
Testes psicológicos	3
Questionários	2
Visitas ao local de trabalho	2
Psicoterapia	2
Atendimento Individual	2
Mediação de conflitos	1
Análise documental	1
Oficinas de grupo	1
Sociodrama	1
Jogos psicodramáticos	1
Grupos operativos	1
Instrumentos próprios da instituição	1
Dinâmicas de grupo	1
Observação	1
Interconsulta	1

Em psicologia a R.P. vem se constituindo como uma área de fundamentação interdisciplinar no campo da psicologia e da saúde. Observou-se que os profissionais fazem uso de múltiplos fundamentos teóricos envolvendo principalmente embasamentos da psicologia clínica e

da psicologia do trabalho. Além disso, observa-se o suporte teórico de fundamentos que envolvem as áreas da saúde, inclusive mencionando autores da área de reabilitação psicossocial. Em coerência com a multiplicidade de fundamentos teóricos, os instrumentos e técnicas também são variados, sendo utilizados instrumentos estruturados (testes e questionários), e não estruturados (dinâmicas de grupo, grupos operativos, mediação de conflitos e outros).

O instrumento mais utilizado é a entrevista, sugerindo a necessidade da elaboração de roteiros de entrevista que facilitem a intervenção dependendo da sua especificidade.

Os procedimentos utilizados na intervenção são descritos na tabela 19.

Tabela 19. Distribuição das características da intervenção dos participantes em relação aos procedimentos utilizados na intervenção.

CARACTERÍSTICAS	RESPOSTAS
Procedimentos utilizados na intervenção	
Encaminhamento para cursos	4
Entrevista Psicológica	3
Grupo de suporte psicológico	3
Avaliação psicológica	3
Visita ao local de trabalho	2
Acolhimento	2
Avaliação do posto de trabalho	2
Grupo de discussão com chefias	1
Identificação de habilidades e competências	1
Identificação do perfil profissional	1
Avaliação do potencial e habilidades	1
Intervenção no local de trabalho	1

Reunião com chefia e equipe de Recursos Humanos da empresa	1
Atendimento psicológico focal	1
Psicoterapia Individual	1
Intervenção junto à equipe de trabalho	1

Observou-se o uso de procedimentos variados na intervenção. O procedimento mais utilizado é o encaminhamento para cursos. A entrevista aparece nesta categoria de respostas também, refletindo uma possível confusão entre o significado de instrumento e procedimento. As respostas sobre os procedimentos refletem uma contradição, pois os participantes referem ter como foco a intervenção no indivíduo e na empresa, no entanto, os procedimentos utilizados são em maioria de uso com foco no indivíduo. Foram citados apenas quatro procedimentos que auxiliam na intervenção na empresa (visita ao local de trabalho, intervenção no local e na equipe de trabalho e reunião com a chefia), sugerindo que os psicólogos em maioria ainda não realizam intervenções específicas para a mudança nas condições de trabalho. Sobre as etapas em que os profissionais intervêm as respostas dos participantes estão distribuídas na tabela 20:

Tabela 20. Distribuição das respostas dos participantes em relação as etapas da reabilitação profissional em que intervêm e foco da intervenção.

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA
Etapas do Processo de R.P. que intervêm	
Apenas intervenção	10
Avaliação do trabalho	5
Avaliação pericial pré-R.P.	4
Avaliação pericial pós - R.P.	1

Recuperação e promoção da saúde mental	1
Acompanhamento até a reinserção laboral	1
Vigilância	1
Avaliação inicial e final do quadro clínico sem caráter pericial	1
Participação em equipe multiprofissional	1
Foco da intervenção	
grupal e individual	8
grupal	3
individual	1

Observou-se que apesar das concepções dos participantes remeterem à necessidade de trabalho interdisciplinar no processo, o trabalho dos psicólogos é ainda restrito. A maioria dos respondentes não participa de todas as etapas do processo, o que reduz a atuação do psicólogo. O foco da intervenção é grupal e individual, refletindo duas formas de atendimento que podem ser utilizadas na R.P. Os participantes descreveram a forma como ocorre a participação nas etapas mencionadas. As respostas estão exemplificadas na tabela 21:

Tabela 21. Características dos participantes em relação à participação nas etapas de R.P.

PARTICIPAÇÃO NAS ETAPAS DE	RESPOSTA
R.P.	
Intervenção individual	<i>São realizados atendimentos individuais e grupais no período de 2 meses, período este em que o servidor fica afastado do trabalho de origem tendo seu controle de assiduidade dado pelo própria readaptação. Após identificação e análise do local de</i>

trabalho. É feita uma reunião de ambientalização e integração do servidor ao novo local de trabalho e a nova equipe. Durante o período de 30 a 45 dias o servidor é acompanhado semanalmente pela pedagoga que fornece os indicativos de intervenção para a psicóloga que realiza o atendimento individual no geral quinzenal. (P3)

O segurado é encaminhado para o programa, onde é realizado um cadastro e encaminhado para os profissionais indicados, é avaliado por cada um e feito o tratamento e por fim se houver condições retorna ao mercado de trabalho. (P5)

Avaliação e Intervenção individual

A avaliação do segurado é sempre realizada em conjunto (médico-perito e orientadora profissional). Definimos em equipe se este segurado necessita de reabilitação profissional ou não. Após entrar em programa, o atendimento e acompanhamento é de responsabilidade da orientadora profissional. O médico perito atende quando há necessidade de reavaliação da área médica ou outros procedimentos técnicos. (P7)

Avaliação e intervenção individual e no local de trabalho

A avaliação antes da RP se dá através de entrevista individual com o trabalhador. (que é avaliado por equipe multidisciplinar). Concluídas as avaliações são realizadas discussões sobre o caso. Define-se a inclusão do trabalhador em PR que poderá ser em grupo de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e assistência social. Existem casos em que o atendimento psicológico é

individual. A intervenção na empresa é processual (reuniões com gestores, análise ergonômica do trabalho, entrevistas com outros trabalhadores). A negociação de mudança de função/setor ocorre após término da assistência e uma avaliação para análise das condições de saúde física/mental do trabalhador. O retorno ao trabalho ocorre após conclusão do programa terapêutico (na qual se verifica as possibilidades do trabalhador para retorno), articulação e intervenção na empresa. (P8)

Sobre as características da intervenção foi ainda investigado se o psicólogo realiza acompanhamento do trabalhador após a conclusão do processo de R.P., se realiza intervenção com os familiares do trabalhador, se realiza intervenção no posto de trabalho, e com o grupo que recebe o trabalhador após a R.P. As respostas dos participantes são apresentadas na tabela 22.

Tabela 22. Distribuição das respostas dos participantes em relação às etapas da reabilitação profissional que participa.

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA	
	Sim	Não
Realiza acompanhamento do trabalhador após a conclusão do processo de R.P.	5	7
Realiza intervenção com familiares do trabalhador	5	7
Realiza acompanhamento com a chefia imediata do trabalhador	6	6

Realiza intervenção no posto de trabalho	6	6
Realiza intervenção com o grupo de trabalhadores que recebe o trabalhador reabilitado	4	8

Obs. 4 participantes não indicaram resposta neste item.

Os dados mostram que uma parte dos participantes procura realizar intervenções ampliadas que não tem como foco apenas o trabalhador, mas atuam também nos aspectos que circundam o trabalhador em processo de reabilitação e que são essenciais para que o retorno ao trabalho ocorra de forma efetiva por exemplo: a família, que funciona como um suporte para facilitar a recuperação do trabalhador; a chefia e o grupo que irá receber o trabalhador pós reabilitação, e o posto de trabalho, que deve ser modificado afim de evitar um novo processo de adoecimento.

Os participantes também descreveram o funcionamento destas intervenções. Sobre o acompanhamento do trabalhador 3 participantes referem realizar periodicamente quinzenalmente (N=1) e semestralmente (N=2). Os demais realizam acompanhamento de forma esporádica em situações específicas. A respeito das intervenções com os familiares, 5 participantes afirmam realizar acompanhamento conforme a necessidade. Outro participante afirma não possuir estrutura em sua instituição para realizar intervenção familiar. Sobre as chefias imediatas, 4 participantes afirmam realizar reuniões com as chefias, enquanto 1 participantes afirma realizar orientação sobre restrições e possibilidades de novas atividades para o trabalhador que retorna ao trabalho.

Quanto ao posto de trabalho, um participante afirma que realiza trabalho com equipe interdisciplinar para adequação do posto de trabalho. Outro participante afirma que realiza orientação sobre a adequação do posto

de trabalho e dois participantes afirmam que realizam análise ergonômica do posto de trabalho. Outros dois participantes afirmam que realizam orientações em grupos.

Sobre o acompanhamento dos grupos que recebem o trabalhador, três participantes afirmam realizar reuniões quando necessário.

5.4. Participação em Equipe de Reabilitação Profissional

As características da equipe que atua nas atividades de R.P. também foram investigadas. As respostas estão distribuídas na tabela 23.

Tabela 23. Distribuição das respostas dos participantes em relação à participação em equipe multidisciplinar.

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA
Realiza trabalho em equipe multidisciplinar	
Sim	11
Não	1
Profissionais que fazem parte de equipe	
assistente social	11
médico	11
psicólogo	8
fisioterapeuta	4
terapeuta ocupacional	4
pedagogo	2
enfermeiro do trabalho	2
educador físico	2
engenheiro de segurança do trabalho	1
massoterapeuta	1
visitador comunitário	1

sociólogo	1
técnico de recursos humanos	1
técnico de segurança do trabalho	1
analista de desenvolvimento organizacional	1
Instituições que participam do processo de R.P.	
INSS	5
prefeitura	3
instituições de ensino	2
empresas	2
sindicatos	2
Ministério Público do Trabalho	1
Ministério do Trabalho e emprego	1

Nota. Neste item 4 participantes não indicaram respostas.

Os dados mostram que a intervenção em R.P. ocorre de modo geral em equipe multidisciplinar. Os profissionais que fazem parte da equipe em maior número são os assistentes sociais e os médicos, seguidos dos psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. A idéia de que trabalhar em R.P. exige o trabalho multi/interdisciplinar é reforçada.

5.5. Avaliação da Intervenção

As características da avaliação da intervenção estão apresentadas na tabela 24.

Tabela 24. Distribuição das respostas dos participantes em relação à avaliação da intervenção.

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	OCORRÊNCIA
Realiza avaliação dos resultados da intervenção	
Sim	8
Não	4
Periodicidade da avaliação	
semestral	2
na finalização da atividade grupal	2
semestral, anual e bianual	1
trimestral	1
início e final do processo	1
Critérios de avaliação	
permanência na atividade	2
satisfação do trabalhador	2
satisfação da chefia	1
mudança de discurso	2
mudança de atitude	1
mobilização de recursos construtivos	1
mudanças no local de trabalho	1
mudança na atividade	1
avanço na escolarização	1
novos afastamentos	1
ansiedade	1
depressão	1
relacionamento interpessoal	1
agressividade	1
elaboração de problemas	1
limiar de frustração	1

integração	1
aprendizagem	1
desempenho	1
Instrumentos utilizados na avaliação	
Whoqol	2
HAD	2
entrevista	2
anamnese	1
análise do discurso	1
pesquisa de fixação	1
formulário de avaliação	1
levantamento documental	1
Resultados observados	
Positivos	7
Negativos	2

Nota. Neste item 4 participantes não indicaram respostas.

Os dados mostram que parte dos psicólogos ainda não adotou a avaliação do processo como parte da intervenção. Quatro participantes responderam não realizarem avaliação dos resultados. Sobre os critérios de avaliação foram identificados 20 diferentes critérios. Tais critérios podem surgir como hipóteses para estudos na área de avaliação de programas. Entre os instrumentos utilizados, apenas dois (HAD e Whoqol) se caracterizam como instrumentos psicométricos, mostrando a necessidade de construção de instrumentos padronizados ou protocolos que auxiliem o profissional no conhecimento da sua intervenção. É importante se propor a construção de modelos de avaliação de programas, sendo necessária construção de indicadores de eficácia nos processos de R.P.

6. DISCUSSÃO

A área de R.P. emerge como um espaço de atuação do psicólogo que carece ainda de diretrizes e referências técnicas e teóricas específicas já que as características dos processos de intervenção observadas no estudo são múltiplas e não obedecem critérios comuns aos participantes. A partir dessa variedade de aspectos destacam-se observações e apontamentos no sentido de subsidiar a construção de diretrizes para essa atuação.

Sobre o perfil dos participantes observou-se uma população com formação recente em Psicologia, e com inserção recente na área de R.P. Do mesmo modo, a produção científica na área é recente e vem aumentando principalmente depois de 2008, conforme verificada na fase empírica do estudo.

Sobre a formação, observou-se que apesar da idade jovem, a maior parte dos participantes tem especialização, refletindo a busca dos profissionais em incrementar a formação após a graduação. No entanto, a maioria não tem formação específica no campo da R.P, o que mostra a urgência da construção de políticas de educação permanente para os profissionais neste campo. Observa-se a necessidade de se investir na formação dos profissionais, já que há a busca por atualização, porém parece não haver a oferta de capacitações para qualificar a atuação por parte das instituições de trabalho e de ensino.

Por tratar-se de uma área em que a inserção do psicólogo é recentemente, é necessário que a formação acadêmica contemple o ensino, a pesquisa e a extensão sobre processos de reabilitação profissional, com base na discussão de conceitos fundamentais, tais como, saúde ocupacional, incapacidade, (re)inserção no mercado de trabalho, reintegração social. A dificuldade de capacitação em RP também pode ser resultado da falta de corpo docente especializado e com produção científica consolidada no âmbito da

saúde ocupacional, já que em psicologia as pesquisas ainda não têm aparecido de forma consistente.

Diante disso, entende-se que é fundamental a reforma dos currículos dos cursos de Psicologia, para que sejam incluídas discussões e referências que orientem os futuros profissionais para campos recentes de inserção dos psicólogos mais adequados aos desafios com que os profissionais se deparam atualmente.

Embora os participantes referissem ter outra atividade de trabalho, a atuação em R.P. é considerada atividade primária para a maioria, reforçando a idéia de que é um campo que se consolida como uma demanda de trabalho para o psicólogo. Questiona-se a partir disso se esses profissionais foram formados para atender este tipo de demanda, já que a R.P. por sua característica interdisciplinar não se enquadra dentro de apenas uma das tradicionais áreas Clínica, Escolar e Trabalho presentes em grande parte dos currículos dos cursos de Psicologia no país. Outra observação que leva ao questionamento da formação focada nas “grandes áreas” de forma fragmentada é a variedade de instituições onde os programas de R.P. ocorrem. Diante disso, entende-se que se trata de um tema transversal que pode atravessar os mais diferentes contextos de atuação dos profissionais, estejam eles inseridos no SUS, em escolas, empresas, sindicatos ou órgãos públicos como o INSS entre outros.

Os fundamentos teóricos utilizados para embasar a intervenção são diversificados, o que por um lado evidencia a falta de um escopo teórico consolidado para a área. Por outro lado, observa-se que a intervenção psicológica em R.P. é um campo interdisciplinar e que constrói-se a partir de várias disciplinas da psicologia, da saúde e do trabalho.

Os fundamentos teóricos que embasam as intervenções relatadas nos artigos, de modo geral se assemelham aos descritos pelos participantes.

Acrescentam-se os fundamentos da teoria dos grupos operativos de Pichón Riviere (Hoefel et al, 2004), a Psicoterapia Integrativa (Marques, Queirós & Rocha, 2006) e o Psicodrama (Takahashi et al, 2010).

Ressalta-se a importância de se discutir as concepções de incapacidade e saúde. Os estudos apontam para um rompimento com os antigos modelos de concepção de saúde como ausência de doença e a incapacidade como um atributo do indivíduo, comuns na concepção biomédica (Simonelli et al, 2010; Maeno e Vilela, 2010). Nesta concepção, a intervenção se daria na forma de tratamento individual e com foco no indivíduo e na recuperação da habilidade perdida.

Conforme sugerido pelos autores e por alguns participantes, o trabalhador incapaz deve ser visto em interação com o meio do qual participa, sendo desta forma necessário que a intervenção se amplie para os diversos aspectos que circundam o retorno ao trabalho. Simonelli et al (2010) sugere que o modelo de incapacidade seja uma síntese dos modelos biomédico e social, afim de evitar a redução da incapacidade a somente um aspecto. Observou-se que alguns participantes referem concepções de incapacidade centradas no modelo biomédico, mostrando a necessidade de avanço nas discussões e na formação dos profissionais para que se efetive uma intervenção ampla, que abranja a incapacidade em sua complexidade e não apenas como uma habilidade técnica do psicólogo de atuar sobre uma parte doente do sujeito.

Trabalhar com as mudanças nas concepções dos profissionais é importante, para modificar o modo de fazer psicologia em reabilitação profissional, já que a prática depende da forma como o profissional concebe estes conceitos. A produção científica sugere que os profissionais se orientem pela concepção integrada de incapacidade, que adota fundamentos

do modelo biomédico e social utilizada pela CIF (Pledger, 2003; Tate e Pledger, 2003; Simonelli et al, 2010).

A noção de *habilitação*, que significa o começo de um novo processo voltado à parte saudável do paciente, desenvolvendo suas potencialidades (Venturini et al, 2003), contrapõe-se à visão de restituir, retornar a uma condição anterior de saúde. Nas concepções dos participantes não foi observada esta noção de reabilitação (habilitar para uma nova atividade), o que reforça a idéia de que reabilitar é tratar com foco na doença e não na saúde. Outra sugestão é que a R. P. se oriente pelos princípios do SUS, observando o conceito ampliado de saúde, e as ações coletivas em diferentes setores (Toldrá et al, 2010).

A contradição entre algumas concepções dos profissionais e as intervenções realizadas foi observada já que alguns participantes referem realizar uma intervenção centrada no indivíduo independente do local em que o programa ocorre. Assim, fica evidenciada a necessidade de se produzir referências para a intervenção psicológica que contemplem as concepções ampliadas de saúde e (in)capacidade, diminuindo a contradição entre a concepção dos profissionais e o modo como atuam.

Outra contradição importante, é que as concepções dos profissionais apontam para a atuação interdisciplinar, mas ao intervirem os participantes em sua maioria não participam de todas as etapas da reabilitação, sendo algumas etapas tradicionalmente de domínio médico, a exemplo da atividade pericial, etapa decisória importante no processo de R.P.

Um participante sugere que o trabalho interdisciplinar ocorra de forma não hierarquizada privilegiando os saberes de todos os profissionais que fazem parte da equipe nas diferentes etapas do processo, de modo a não

compartimentar o processo. Diante disso, questiona-se o motivo da não inserção dos psicólogos em todo o processo de R.P.

Não foi possível evidenciar se esta inserção fragmentada é peculiar ao campo da psicologia ou abrange as demais áreas profissionais. Se a concepção é de um ser humano integral, para além do seu trabalho e da sua doença/incapacidade, não há como uma intervenção fragmentada produzir resultados favoráveis à inserção social do trabalhador.

Retorna-se então à discussão da formação e da produção científica em psicologia. Para que os profissionais consigam se inserir nos processos de R.P. como um todo, há que se formar psicólogos competentes teórica e tecnicamente para dar conta dessa atuação, e há que se produzir material científico que os embase. Para se inserir, por exemplo, na atividade pericial, o psicólogo necessita construir modelos e instrumentos de avaliação que dêem conta desta inserção de modo ético e responsável. Por outro lado, sabe-se que nas instituições que trabalham com saúde ainda predomina o modelo de atuação médico centrado e hierarquizado, que dificulta a inserção dos demais profissionais da saúde em determinadas atividades. Essa visão fragmenta os processos de atenção e cuidado dos sujeitos, empodera alguns profissionais e exclui outros de papéis decisórios importantes para a promoção de saúde.

A discussão entre a responsabilidade de realização da R.P foi outro ponto observado. Os psicólogos participantes divergem sobre essa questão, evidenciando a pluridade de concepções a respeito das instituições responsáveis pela realização do processo de R.P. Essa divergência também foi apontada na literatura científica, já que parece não haver consenso entre os atores envolvidos em R.P (Takahashi e Iguti, 2008 e Maeno e Vilela, 2010).

Dessa forma as concepções dos participantes sobre a responsabilidade pelo processo de R.P. refletem a discussão presente no estado da arte na área. A pluralidade de respostas dos participantes e o levantamento teórico levam ao entendimento de que a R.P. constitui-se como um campo interinstitucional e de responsabilidade compartilhada entre as diversas instituições envolvidas.

Dessa forma, é necessário que as diferentes instituições envolvidas INSS, SUS, empresa e órgãos de apoio ao trabalho atuem de forma conjunta para a eficácia do processo, tendo o trabalhador como um participante ativo deste.

Os aspectos da intervenção refletem que muitos psicólogos não realizam acompanhamento do trabalhador após a conclusão do processo de R.P. Este acompanhamento é importante, já que permite avaliar a eficácia dos programas e acompanhar a inserção dos sujeitos reabilitados nos locais de trabalhos após um período de tempo de retorno ao trabalho.

Uma parte dos participantes afirma realizar intervenção na empresa, o que demonstra que alguns conseguem atuar também no ambiente de trabalho, em consonância com o que sugere a produção teórica. É importante que a atuação do psicólogo interfira também nas condições de trabalho, a fim de evitar que o trabalhador retorne para um ambiente que resultará em reincidência ou novo adoecimento. A produção científica destaca a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) como dispositivo para avaliar as condições e organização do trabalho (Takahashi et al, 2010).

Outras dimensões da intervenção na empresa são a equipe de trabalhadores que recebe o trabalhador reinserido, a chefia imediata, a equipe de RH que precisam estar orientadas sobre a R.P. e capacitadas a receber o sujeito. Metade dos participantes afirmou realizar algum tipo de

trabalho com as chefias e/ou interferir nos processos de modificação do posto de trabalho.

Sobre as modificações nos postos de trabalho, ressalta-se a importância do psicólogo trabalhar em conjunto com o SESMT nas ações de prevenção ao adoecimento, auxiliando na identificação de riscos de adoecimento psicológico. Amplia-se o papel tradicional do psicólogo nas organizações, geralmente vinculado as atividades de recursos humanos, para uma atuação como foco na atenção a saúde do trabalhador. Retorna-se à discussão de que a formação do psicólogo deve incluir este campo de atuação.

As estratégias grupais têm sido as mais utilizadas tanto nos relatos dos participantes quanto nas descrições dos programas na literatura. Os instrumentos utilizados são em maior parte a entrevista, e o atendimento grupal. Os testes psicológicos também são citados. Sugere-se a pesquisa de instrumentos que auxiliem nos aspectos de avaliação psicológicas dos sujeitos incapazes.

A figura 2 sintetiza as dimensões da intervenção psicológica em R.P. conforme o relato dos participantes e o referencial teórico.



Figura 2. Dimensões da Intervenção psicológica em R.P.

A partir dos participantes que informaram não avaliar os resultados do trabalho foi observado que ainda não estão consolidados os critérios de avaliação da intervenção. Dessa forma, é necessária a construção de indicadores que possam subsidiar a avaliação da intervenção psicológica e das políticas de R.P. e que se construa na prática do psicólogo uma política de avaliação dos resultados do trabalho a fim de aprimorar e qualificar a atuação.

Sobre os aspectos psicológicos em reabilitação profissional, em face à significativa participação dos diagnósticos relacionados ao sofrimento psíquico nos afastamento dos trabalhadores, é necessário que se

desenvolvam instrumentos e protocolos para avaliação e diagnóstico desse adoecimento para facilitar o estabelecimento do nexo entre o sofrimento e o trabalho. Salienta-se a importância da construção de protocolos de avaliação de riscos de adoecimento no trabalho, a fim de subsidiar o planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde no local de trabalho.

A intervenção nos aspectos do ambiente laboral não se destacou nas respostas dos participantes apesar de a maior parte ter respondido intervir na empresa. Dessa forma observa-se que os psicólogos ainda não parecem dispor de fundamentos que os auxiliem na intervenção no local de trabalho. Outro apontamento é que tradicionalmente a formação em psicologia nas disciplinas relacionadas ao campo do trabalho, não reconhecem a intervenção nos processos de trabalho como parte das atribuições do profissional, legando a estes profissionais atividades mais ligadas à gestão de pessoas, como o recrutamento e seleção, acompanhamento funcional e treinamentos.

É raro observar a inserção do psicólogo dentro das equipes de SESMTs, setor que tradicionalmente lida com a identificação de riscos de adoecimento e prevenção de agravos a saúde do trabalhador. É fundamental a atuação em conjunto com esses profissionais, para completar o processo de R.P. Sobre a intervenção no ambiente de trabalho sugere-se aos seguintes procedimentos: estabelecimento de tarefas de acordo com a capacidade do trabalhador, adequação do ambiente de trabalho e da organização do trabalho; informação, orientação, capacitação e apoio às chefias; acompanhamento do trabalhador na realização de tarefas; análise do posto de trabalho e das condições e organização do trabalho e possíveis riscos de adoecimento, orientação e acompanhamento da equipe que recebe o trabalhador reinserido entre outras. Levanta-se ainda a importância da

formação em psicologia contemplar os estudos em saúde ocupacional e as políticas de saúde do trabalhador nas disciplinas voltadas à área.

6.1 Sugestão de modelo de intervenção

O estudo dos processos de intervenção em R.P. demonstra que a área é uma demanda emergente para as profissões envolvidas e para o trabalho do psicólogo. No entanto não foram observados documentos que norteiem o trabalho dos profissionais na área e em específico o trabalho do psicólogo. Os relatos de experiência descritos na fase de levantamento teórico e a multiplicidade de respostas dos participantes demonstram a falta de subsídios consolidados e um campo de atuação em construção.

Dessa forma, a partir das fases de realização deste estudo resultam sugestões que podem servir de base para nortear as ações do psicólogo na área.

Conforme já colocado no tópico anterior, a intervenção em R.P. parece ter duas importantes dimensões: o indivíduo trabalhador e a instituição empregadora para onde o trabalhador irá retornar se reabilitado. Para fins didáticos optou-se por trabalhar com estas categorias de forma separada. Essas sugestões emergem das análises dos autores e dos participantes sobre R.P. A figura 3 ilustra o modelo de intervenção psicológica em R.P sugerido.

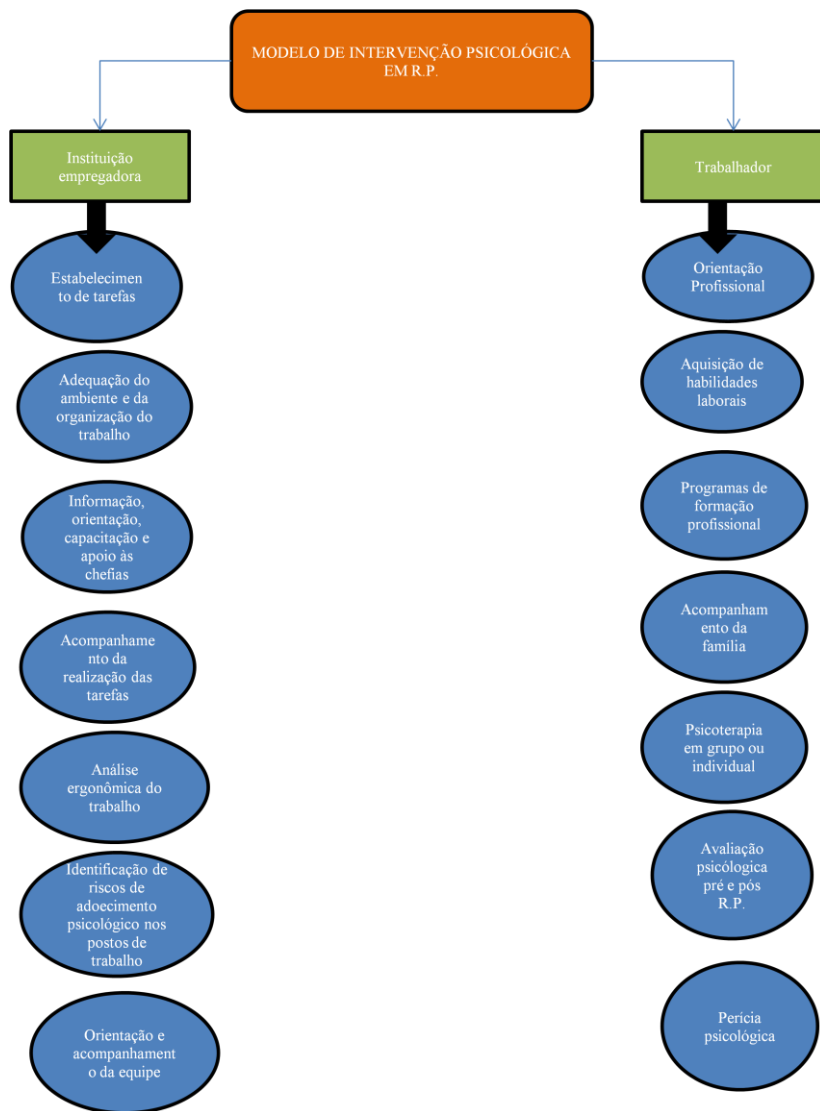


Figura 3. Sugestão de modelo de intervenção psicológica em Reabilitação Profissional.

A intervenção psicológica em R.P. de um modo ampliado envolve mais do que a intervenção individual clínica, centrada no trabalhador. As dimensões da intervenção contemplam a atuação na empresa e com a família, de modo a promover saúde do trabalhador e não apenas tratar o adoecimento. Sabe-se que muitas instituições que demandam o trabalho do psicólogo na área não oferecem estrutura para que o psicólogo atue de modo ampliado. Desse modo, é importante que as organizações onde os programas de R.P. são realizados ofereçam condições de trabalho adequadas para que o psicólogo e equipe de R.P. possam atuar de forma mais efetiva. É importante ainda que a intervenção psicológica promova a participação dos trabalhadores nas decisões de sua inserção no trabalho.

Este modelo não pretende esgotar ou engessar as possibilidades de atuação do psicólogo na área, mas pretende ser um esquema norteador das ações psicológicas na área, sendo que o profissional pode ou não realizar todas as atividades dependendo das especificidades da instituição onde está inserido. Cabe ressaltar que este modelo resulta das duas fases deste estudo e deve ser testado posteriormente em novos estudos.

7.CONCLUSÕES

Este estudo objetivou a caracterização do processo de intervenção psicológica em Reabilitação Profissional. O campo da R.P. surge como um campo emergente da atuação em psicologia, dado o número de trabalhadores em sofrimento psíquico que afastam-se do trabalho por diagnósticos de transtornos mentais e do comportamento.

A inserção do psicólogo em R.P. é recente e demanda a construção de modelos metodológicos de intervenção e a consolidação de um marco teórico que possa embasar e auxiliar a efetividade das ações na área. De modo geral, os psicólogos não têm formação específica na área, realizam as intervenções na várias instituições envolvidas, fazem uso de múltiplas abordagens teóricas, atuam em equipe multidisciplinar, utilizam métodos e técnicas variadas e não tem critérios comuns para a avaliação do seu trabalho.

A R.P. é uma área complexa que compreende o estudo de conceitos como a incapacidade, a inserção social e os aspectos psicológicos dos trabalhadores incapacitados. É interdisciplinar já que depende de um corpo de variados conhecimentos para ser abordada, e interinstitucional já que pressupõe o envolvimento de várias instituições atuando em forma de rede em co-responsabilidade. Sugere-se que o psicólogo que trabalha na área se aproprie das discussões referentes às políticas do trabalho e emprego, saúde e previdência.

Além disso, sugere-se a construção de critérios de avaliação da prática do psicólogo, e de instrumentos e protocolos que norteiem o trabalho levando em conta o conceito de incapacidade integrado (modelos médico e social) conforme os pressupostos da CIF.

Aponta-se a necessidade de transformações na formação do psicólogo para atender a demandas dos campos emergentes de atuação em saúde e trabalho e a construção por parte das entidades responsáveis pelas diretrizes de atuação do psicólogo, de uma cartilha com referências técnicas que embasem a prática além de mudanças nas diretrizes para a formação em psicologia.

Entre as possibilidades de atuação do psicólogo na área de R.P. estão: a avaliação psicológica dos trabalhadores, inserção dos psicológicos nas equipes de R.P. em todas as etapas, avaliação de riscos de adoecimento nos postos de trabalho, acompanhamento do trabalhador e da equipe que recebe o trabalhador após sua reinserção, acompanhamento da família, sugestão de modificação no ambiente de trabalho, orientação às chefias, entre outras.

Sugere-se ainda estudos de fatores como o tempo de permanência na atividade laboral, a reincidência no adoecimento, a qualidade da inserção laboral entre outros a fim de produzir indicadores para a avaliação da eficácia da intervenção.

Espera-se que este estudo contribua com a construção de diretrizes para a atuação, com a realização de novos estudos, além de servir de apoio aos psicólogos que realizam processos de intervenção em R.P.

É interessante ainda que o psicólogo desenvolva competências para a atuação em equipe, facilitando a realização de trabalho interdisciplinar, e a capacidade de articulação já que o trabalho em R.P. se mostrou se uma área que depende a integração de várias instituições para ocorrer de forma efetiva.

Na formação em Psicologia é importante que os cursos incluam os temas relacionados à saúde ocupacional e a reabilitação profissional. As

disciplinas de relacionadas a área de psicologia saúde e trabalho devem incluir os seguinte temas:

- a) incapacidade: discussão dos conceitos e modelos de incapacidade, código de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
- b) trabalho: avaliação de riscos de adoecimento no ambiente de trabalho, nexos entre o trabalho e o adoecimento, inserção de trabalhadores reabilitados no local de trabalho, políticas de saúde e segurança do trabalho (NRs), políticas previdenciárias, possibilidades de atuação do psicólogo junto à equipes de saúde e segurança do trabalho, orientação profissional para a reinserção no trabalho;
- c) saúde: relação saúde e trabalho, políticas de saúde do trabalhador (RENAST), diagnóstico dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, clínica ampliada, política de humanização da saúde, código de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
- d) avaliação psicológica: avaliação de nexos entre adoecimento e trabalho, avaliação do potencial laborativo, avaliação da eficácia de programas e da intervenção.

As sugestões expostas não se esgotam neste estudo. Realizou-se uma sugestão de aspectos importantes na formação e na atuação do psicólogo para atender a demanda de uma área emergente e que necessita da construção de referencial teórico e técnico para nortear o trabalho dos profissionais, a fim de aumentar a eficácia dos programas de R.P.

Em síntese, o processo de intervenção psicológica em R.P. requer do psicólogo, dos cursos de formação e dos pesquisadores o desenvolvimento de habilidades e competências que rompam com modelos

tradicionais de intervenção e atendam a uma demanda emergente no campo da Psicologia.

8. REFERÊNCIAS

- Alvarez, M. L., Cuetos, M. L., Jimenez, F. A., Alvarez, S. G., Domenech, M. F. & Pelaez, M. P. V. (2004). Actividad productiva y empleo de personas com transtorno mental severo: algunas propuestas de actuación basadas em la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 2849-2883.
- Ancona-Lopez, S. (2002). Psicodiagnóstico: processo de intervenção? In: Ancona-Lopez, M. (org.) *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. 3ª ed. São Paulo: Cortez.
- Bartilotti, C., Andrade, P. R., Varandas, J. M., Ferreira, P. C. G. e Cabral, C. (2009). Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Acta Fisiatras*, 16 (2), 66-75.
- Boff, B. M., Leite, D. F. & Azambuja, M. I. R. (2002). Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev. Saúde Pública*, 36 (3), 337-342.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R. E., Becker, D. R., Fraser, V.V. & Haines, M. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (8), 968-982.
- Borsoi, I. C. F., Santos, A. O. R. & Acário, S. H. A. (2006). Trabalhadores amedrontados, envergonhados e (in)válidos: violência e humilhação nas políticas de reabilitação por LER/DORT. *Revista de Psicologia Política*, 6 (12).

- Brasil. Ministério do Emprego e do Trabalho (1991). Lei 8.213 de 24 de julho de 1991. *Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Brasília: MTE, SIT/DSST.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social (1999). Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. *Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências*. Brasília: MPAS.
- Broadhead, W. E., Blazer, D.G., George, L. K., Tse, C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264 (19), 2524-2528.
- Browsers, E. P. M., Terluin, B., Tiemens, B. G. & Verhaak, P. F.M. (2009). Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 323-332.
- Brown, S. C. (2001). Methodological paradigms that shape disability research. In: Albrecht, G. L, Seelman, D. & Bury, M. *Handbook of Disability Studies*, Sage Publications, USA.
- Burt, C. M.(2005). Avaliação do trabalho e preparação para o retorno ao trabalho. In: Pedretti, L. W. & Eearly, M. B. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas*.
- Campos, I. C. M. & Cruz, R. M. (2007). Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais. In: Secretaria do Estado da Administração. *I Coletânea de trabalhos científicos produzidos pelos servidores públicos*. Florianópolis: SEA, Diretoria de Gestão Documental.

- Canalunga, L. (2009). Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional. *Pró Reabilitação*. Recuperado em Janeiro 20, 2010 de www.proreabilitação.com.br.
- Carneiro Filho, A.; Souza, M.C. (1995). Reabilitação Profissional. In LIANZA, S. (org.) *Medicina de Reabilitação*. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Cherem, A. J., Ruiz, R. C., Filho, J. C. J., Tramontin, A. & Lino, D. (2009). Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. *Acta Fisiatra*, 16 (2), 93-98.
- Corbière, M., Sullivan, M. J. L., Stanish, W. D. & Adams, H. (2007). Pain and depression in injured workers and their return to work: a longitudinal study. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39 (1), 23-31.
- Cooper H. M. (1984). *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1984.
- Demo, P. (2000). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Clark, R. E. e Mueser, K.T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70 (4), 289-301.
- Drebing, C. E., Hebert, M., Mueller, L. N., Ormer, E. A. V. & Herz, L. (2006). Vocational rehabilitation from a behavioral economic perspective. *Psychological Services*, 3 (3), 181-194.
- Elinson, L., Houck, P., Marcus, S. C. & Pincus, H. A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, 55 (1), 29-34.
- Galhordas, J. G. & Lima, P. A. T. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar)*, 0, 35-47.

- Geisser, M. E., Robinson, M. E., Miller, Q. L. & Bade, S. M. (2003). Psychosocial factors and functional capacity evaluation among persons with chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13 (4), 259-276.
- Gobelet, C. & Franchignoni, F. (2006). *Vocational Rehabilitation*. Springer Paris.
- Hanrahan, P., Heiser, W., Cooper, A. E., Oulvey, G., & Luchins, D. J. (2006). Limitations of system integration in providing employment services for persons with mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33 (2), 244-252.
- Hatinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. e Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management*, 14 (3), 227-248.
- Hoefel, M. da G., Jacques, M. da G., Amazarray, M. R., Mendes, J. M. R. & Netz, J. A. (2004). Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, 7, 31-39.
- Houtmann, I. L. D. & Kompler, M. A. J. (1998) Trabajo y Salud Mental. In *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, (pp. 5.1-5.23). (5), Geneva: ILO.

- International Labour Organization. (1983). Convenção no. 159. *Convention concerning vocational rehabilitation and employment (disabled persons)*. Geneva: ILO. Recuperado em 20/01/2009 de <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convede.pl?C159>
- Lakatos, E.M. & Marconi, M. de A. (1971). *Técnicas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber : manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed/Editora UFMG.
- Lima, M. A. G. de, Andrade, A. G. M., Bulcão, C. M. de A., Mota, E. M. de C. L., Magalhães, F. de B., Carvalho, R. de C. P., et al. (2010). Programa de reabilitação profissional de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia : ativador de mudanças na saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (121), 112-121.
- Lyzaker, P. H., Davis, L. W. e Beattie, N. (2006). Effects of cognitive behavioral therapy and vocational rehabilitation on metacognition and coping in schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36 (1), 25-30.
- Lollar, D. (2008). Rehabilitation Psychology and Public Health: commonalities, barriers and bridges. *Rehabilitation Psychology*, 53 (2), 122-127.
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Massaro, J. M., Lyass, A. & Crean, T. (2002). An investigation of reasonable accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal*, 38 (1), 35-50.

- Maeno, M. & Vilela, R. A. de G. (2010). Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*, 35 (121), 87-99.
- Marques, A. J., Queirós, C. & Rocha, N. B. (2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 109-116.
- Matsuo, M. (2002). *Acidentado do Trabalho: reabilitação ou exclusão?* Ministério do Trabalho e Emprego/Fundacentro.
- Momm, W. & Geiecker, O. (1998). Discapacidad: conceptos y definiciones. In Discapacidad y Trabajo (pp 17.3-17.9). *Enciclopédia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, (17). Geneva: ILO.
- Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília. MS.
- Ministério do Trabalho e Emprego et al. (2008). *Anuário Estatístico dos Acidentes do Trabalho:AEAT 1*. Brasília. MTE/MPS.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS.
- Osstrom, S. H., Mechelen, W., Terluin, B., Vet, H. C. W. & Anema, J. R. (2009). A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation within a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 212-222.
- Pledger, C. (2003). Discourse on disability and rehabilitation issues: opportunities for psychology. *American Psychologist*, 58 (4), 279-284.
- Ramos, M. Z (2005). *Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional: por uma genealogia dos modos de vida*. Dissertação não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Ramos, M. Z., Tittoni, J. & Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, 11 (2), 209-221.
- Reagles, K. W., Wright, G. N. & Butler, A (1971). Rehabilitation Gain: relationship with client characteristics and counselor intervention. *Journal of Counselling Psychology*, 18 (5).
- Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Anema, J. R. e Beek, A. J. V. (2010). Recurrence of medically certified sickness according to diagnosis: a sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 113-121.
- Rosin-Pinola, A. R., Silva, C. P. da & Garbulho, N. de F. (2004). Implicações psicossociais para o acidentado reinserido no mercado de trabalho e desempregado. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5 (2), 53-62.
- Sampaio, R. F., Silveira, A. M., Viana, S. O., Oliveira, G. B. A. & Frade, F. (2005). Implantação do serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12 (2), 28-34.
- Sardá Jr, J. J., Kupek, E. & Cruz, R. M. (2009). Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiatra*, 16 (2), 76-80.
- Sardá Jr, J. J., Kupek, E., Cruz, R. M., Bartilotti, C. & Cherem, A. J. (2009). Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiatra*, 16(2), 81-86.

- Sardá, S., Ruiz, R. & Kirstching, G. Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. (2009). *Acta Fisiatras*, 16 (2), 59-65.
- Sato, L., Lacaz, F. A. & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 281-288.
- Siano, A. K., Ribeiro, L. C., Santiago, A. E. & Ribeiro, M. S. (2008). Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional de Seguro Social de Juiz de Fora – Minas Gerais. *HU Revista*, 34 (4), 235-242.
- Simonetti, A. P., Camarotto, J. A., Bravo, E. S. & Vilela, R. A. de G. (2010). Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (121), 64-73.
- Soares, L.B.T. (1991). *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Hucitec.
- Takahashi, M. A. B. C. & Canesqui, A. M. (2003). Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cad. Saúde Pública*. 2003, 19 (5), 1473-1483.
- Takahashi, M. A. B. C. & Iguti, A. M. (2008). As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 24 (11). 2661-2670.
- Takahashi, M. A. B. C., Simonelli, A. P., Sousa, H. do P., Mendes, R. W. B. & Alvarenga, M. V. de A. (2010). Programa de Reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidade por LER/DORT:

- relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (121), 100-111.
- Tate, D. G. & Pledger, C. (2003). An integrative conceptual framework of disability. *American Psychologist*, 58 (4), 289-295.
- Toldrá, R. C., Daldon, M. T. B., Santos, M. da C. & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (121), 10-22.
- Trotter, S., Minkoof, K., Harrison, K. & Hoops, J. (1988). Supported work: an innovative approach to the vocational rehabilitation of persons who are psychiatrically disabled. *Rehabilitation Psychology*, 33 (1), 27-36.
- Watzke, S. & Galvao, A. (2008). The feasibility of vocational rehabilitation in subjects with severe mental illness. *Salud Pública de México*, 50 (2), s260-s262.
- Venturini, E., Galassi, A., Roda, A. & Sergio, E. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55 (1), 56-63.
- Viguera, A. A. (2002). Estudio epidemiológico sobre la incapacidad permanente para el trabajo. *Medicina General*, 45, 462-470.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Esquema do método de pesquisa.....	37
FIGURA 2.	Dimensões da intervenção psicológica em R.P.....	65
FIGURA 3.	Sugestão de modelo de intervenção psicológica em R.P.....	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Comparativo entre os modelos teóricos de incapacidade.....	
TABELA 2: Total de acidentes de trabalho por CID (Grupo F - transtornos mentais e do comportamento) nos anos de 2006, 2007 e 2008.	
TABELA 3. Subprogramas e técnicas utilizadas na intervenção de grupos de desenvolvimento de competências cognitivas baseados na Integrated Psychological Therapy	
TABELA 4. Fases do Programa de Retorno ao Trabalho	
TABELA 5. Foco e conteúdo das intervenções tradicional e participativa.	
TABELA 6. Descrição das categorias e subcategorias de análise da produção teórico-científica.....	
TABELA 7. Descrição das pré-categorias e subcategorias para construção de instrumentos de coleta de dados.	
TABELA 8. Distribuição das características dos participantes em relação ao sexo, idade e grau de instrução.	
TABELA 9. Distribuição das características dos participantes em relação à formação em R.P., meio pelo qual se mantém atualizados em R.P., atuação em outra atividade e instituição de atuação.....	
TABELA 10. Distribuição das características dos participantes em relação ao ano de início da atuação em R.P. e a forma de inserção em R.P.	
TABELA 11. Concepções sobre o papel da R.P. referidas pelos participantes.	
TABELA 12. Concepções de saúde do trabalhador referidas pelos participantes.	
TABELA 13. Concepções de incapacidade referidas pelos participantes.	
TABELA 14. Concepções de reabilitação referidas pelos participantes.	

TABELA 15. Distribuição das características dos participantes em relação à concepção sobre quais instituições e profissionais devem ser responsáveis pela reabilitação profissional.....

TABELA 16. Distribuição das características dos participantes em relação à concepção de que instituições e profissionais devem ser responsáveis pela reabilitação profissional.

TABELA 17. Distribuição das respostas dos participantes em relação à clientela atendida.....

TABELA 18. Distribuição das características da intervenção dos participantes em relação aos fundamentos teóricos.....

TABELA 19. Distribuição das características da intervenção dos participantes em relação aos procedimentos utilizados na intervenção.....

TABELA 20. Distribuição das respostas dos participantes em relação as etapas da reabilitação profissional em que intervém e foco da intervenção.....

TABELA 21. Características dos participantes em relação à participação nas etapas de R.P.....

TABELA 22. Distribuição das respostas dos participantes em relação as etapas da reabilitação profissional que participa.

TABELA 23. Distribuição das respostas dos participantes em relação á participação em equipe multidisciplinar.....

TABELA 24. Distribuição das respostas dos participantes em relação à avaliação da intervenção.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS: Agência da Previdência Social

CID: Classificação Internacional de Doenças

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRP: Centro de Reabilitação Profissional

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

INSS: Instituto Nacional de Seguro Social

NR: Norma Regulamentadora

RENAST: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RP: Reabilitação Profissional

SESMT: Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

APENDICE 1.

QUESTIONÁRIO

1. Perfil sócio-ocupacional

1. Idade:
2. Sexo:
3. Especialização:
4. Mestrado:
5. Doutorado:
6. Possui formação específica em Reabilitação Profissional?
() sim () não Se sim, especifique:

7. Atua com psicólogo em outra atividade?
() sim () não Se sim, especifique:

8. O trabalho em Reabilitação Profissional é principal ou secundário?
() principal () secundário
7. De que forma se mantém atualizado em Reabilitação Profissional?
() Congressos, seminários ou outro eventos científicos
() Conversas com colegas () Capacitação promovida pela instituição
() Leitura de periódicos e revistas
() Outro. (especifique)
8. Em que instituição atua em R.P ?
() Cerest () INSS () SUS () Empresa privada () Outro
(especifique) _____
9. Em que ano iniciou a atuação em Reabilitação Profissional?
8. Como foi sua inserção em Reabilitação Profissional?

2. Concepções e Pressupostos de trabalho

1. Para você, qual o papel da Reabilitação Profissional?
2. Para você, o que é saúde do trabalhador?
3. Para você, o que é incapacidade para o trabalho?
4. Para você, que é reabilitação?

5. Para você, qual instituição é responsável pelo processo de Reabilitação Profissional?

() SUS () Empresa () INSS () Outro (especifique)

5.1. Porque?

3. Características da intervenção

1. Com que tipo de clientela trabalha?

2. Pensando na sua intervenção em R.P., qual o foco de atuação?

() indivíduo () empresa () indivíduo e na empresa

3. Em quais fundamentos teóricos se orienta para realizar a intervenção?

4. Quais os instrumentos e/ou técnicas utilizados para realizar a intervenção?

5. Descreva os procedimentos utilizados para a intervenção:

6. Entre as etapas relacionadas abaixo, em quais tem participação ativa?

() avaliação pericial pré-R.P. () apenas intervenção () avaliação pericial pós-R.P. () avaliação do trabalho () Outro. Especifique:

6.1. Descreva de que forma ocorre esta participação?

7. Realiza acompanhamento do trabalhador após a conclusão do processo de R.P?

() sim () não

7.1. Se sim, com que frequência?

8. Realiza intervenção com os familiares do trabalhador?

() sim () não

8.1. Se sim, descreva:

9. Realiza algum tipo de acompanhamento com a chefia imediata do trabalhador?

() sim () não

9.1 Se sim, descreva:

10. Realiza algum tipo de intervenção no posto de trabalho?

() sim () não

10.1. Se sim, descreva

11. Realiza algum tipo de intervenção com o grupo de trabalho que recebe o trabalhador após a conclusão da R.P.?

() sim () não

11.1. Se sim,

descreva:

12. Qual o foco da intervenção?

() grupal () individual () grupal e individual

4. Participação em equipe de R.P.

1. Realiza trabalho em equipe multidisciplinar?
() sim () não
2. Se sim, que outros profissionais fazem parte da equipe?
() Fisioterapeuta No._____
() Terapeuta Ocupacional No. _____
() Psicólogo No _____
() Assistente Social No _____
() Médico No _____
() Outros (especifique) _____
3. Além da sua instituição, que outro órgão ou instituição participa ativamente do processo de R.P.?
() Ministério Público do Trabalho () Sindicato ()
outro.Especifique _____
() Não há participação de outro órgão ou instituição

5. Avaliação da intervenção

1. Realiza avaliação dos resultados da intervenção?
() sim () não
2. Se sim, com que frequência?

3. Se sim, quais os critérios utilizados para avaliação da intervenção?
3. Se sim, quais os instrumentos utilizados para avaliação da intervenção?
4. Quais os resultados da intervenção observados?

APENDICE 2.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresentação do estudo: Características dos processos de intervenção psicológica em reabilitação profissional.

O objetivo deste estudo é Caracterizar o processo de intervenção psicológica em Reabilitação Profissional. Estou ciente que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa e que não há qualquer prejuízo ou constrangimento para os participantes, garantindo o sigilo e o anonimato destes. Terei total liberdade para retirar o meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à minha pessoa.

Concordo em participar do presente estudo e autorizo para fins de divulgação científica, a utilização das respostas deste questionário unicamente para os objetivos desta pesquisa. Entendo que se manterá sigilo sobre minha identidade, uma vez que os questionários preenchidos serão identificados por números salvos em um banco de dados. Esses dados serão arquivados e destruídos depois de decorrido o prazo de cinco anos. Os pesquisadores responsáveis por este estudo são Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz e a mestranda Patricia Canal, os quais estão à disposição pelos fones (48)XXXXXX e/ou (49)XXXXXX ou pelo email pcanal@unochapeco.edu.br, antes, durante e após o decorrer da pesquisa para eventuais esclarecimentos necessários. (segue...)

Ao responder o presente instrumento escolhendo a opção Aceito, declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo e

consinto que as informações por mim fornecidas sejam utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa.

() Aceito

() Não aceito

APENDICE 3.

MENSAGEM ELETRÔNICA ENVIADA AOS PARTICIPANTES

Prezado Psicólogo,

 você está sendo convidado para participar da pesquisa “Características dos Processos de Intervenção Psicológica em Reabilitação Profissional”. Esta pesquisa é parte da dissertação desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, pela mestranda Psic. Patricia Canal, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz.

 Os objetivos desta pesquisa são: caracterizar o processo de intervenção psicológica em Reabilitação Profissional, elaborar referências teórico-metodológicas para a intervenção psicológica em Reabilitação Profissional, identificar as diretrizes teórico-metodológicas na intervenção psicológica em Reabilitação Profissional e identificar os aspectos psicológicos associados à incapacidade detectados nesta intervenção.

 Sua participação consiste em responder um questionário sobre sua experiência de intervenção em programa de Reabilitação Profissional. Pedimos que se possível responda o questionário até 01 de fevereiro de 2011. Após a conclusão da pesquisa, nos comprometemos em enviar endereço de acesso à dissertação para conhecimento dos participantes, bem como acesso à artigo ou outra publicação resultante da pesquisa.

 O link a seguir dá acesso ao questionário: (*link*)

Agradecemos sua participação!

Patricia Canal/ Mestranda PPGP UFSC

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz /Orientador

Laboratório Fator Humano Dep. de Psicologia – UFSC